

## Leiomioma gástrico ulcerado como causa de hemorragia digestiva

### Ulcerated Gastric Leiomyoma as a Cause of Digestive Bleeding

Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3668-9888>

Alejandro Bello Carr<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1842-8254>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [hcespedesr03@gmail.com](mailto:hcespedesr03@gmail.com)

#### RESUMEN

**Introducción:** El leiomioma gástrico es una causa poco común de hemorragia digestiva en los servicios quirúrgicos.

**Objetivo:** Presentar una paciente con un leiomioma gástrico ulcerado como causa de hemorragia digestiva.

**Presentación del caso:** Paciente femenina de 39 años de edad, que acude al hospital por presentar cuadros a repetición de hemorragia digestiva en forma de melena.

A la endoscopia se observó tumoración ulcerada en su superficie que ocupa la totalidad de la región antral y más próxima a la curvatura menor del estómago y hacia su cara posterior. El estudio contrastado de esófago, estómago y duodeno, mostró un defecto de llenado regular que ocupaba la región antral y el cuerpo del estómago y con este diagnóstico se realizó una resección gástrica como tratamiento definitivo. La biopsia informó leiomioma gástrico.

**Conclusiones:** El leiomioma gástrico es un tumor benigno poco frecuente cuya forma de presentación habitual es la hemorragia digestiva que en la mayoría de los casos y durante la endoscopia diagnóstica es posible observar el signo de Schindler característico de los leiomiomas ulcerados, por lo que su tratamiento es quirúrgico,

en el que su tipo de resección puede variar según su tamaño, localización e índice mitótico, dada la gran probabilidad de malignidad de estos tumores.

**Palabras clave:** leiomioma gástrico; tumor estroma gastrointestinal; hemorragia digestiva.

## ABSTRACT

**Introduction:** Gastric leiomyoma is an uncommon cause of gastrointestinal bleeding in surgical services.

**Objective:** To present a female patient with an ulcerated gastric leiomyoma as a cause of gastrointestinal bleeding.

**Case presentation:** A 39-year-old patient is presented, who attended the hospital with recurrent events of gastrointestinal bleeding in the form of melaena. At endoscopy, an ulcerated tumor was observed on its surface and occupying the entire antral region closest to the lesser curvature of the stomach and towards its posterior aspect.

A contrasted study of the esophagus, stomach and duodenum was performed; a regular filling defect was observed as occupying the antral region and the body of the stomach. With this diagnosis, gastric resection was performed as definitive treatment. The biopsy reported gastric leiomyoma.

**Conclusions:** Gastric leiomyoma is a rare benign tumor whose usual form of presentation is gastrointestinal bleeding and in which, in most patients and during diagnostic endoscopy, the Schindler's sign, characteristic of ulcerated leiomyomas, is likely to be observed; therefore, its treatment is surgical.

Their type of resection may vary according to their size, location and mitotic index, because of the high probability of malignancy of these tumors.

**Keywords:** Gastric leiomyoma; gastrointestinal stromal tumor; digestive bleeding.

Recibido: 13/02/2024

Aceptado: 15/03/2024

## Introducción

Las manifestaciones extrauterinas de los leiomiomas son raras y dentro del tracto gastrointestinal ocurren con predominio en el esófago.<sup>(1,2)</sup>

Los leiomiomas gástricos son tumores submucosos benignos compuestos por células de músculo liso y representan el 2,5 % de todas las neoplasias gástricas<sup>(3)</sup> con mayor frecuencia en pacientes de 50 a 70 años de edad y sin predilección de género.<sup>(1,3,4)</sup> Son tumores de crecimiento lento y generalmente asintomáticos; sin embargo, pueden volverse clínicamente evidentes cuando la mucosa gástrica suprayacente se ulcera con la consiguiente hemorragia.

Se presenta un caso con hemorragia digestiva cuya causa resultó ser un leiomioma gástrico ulcerado.

## Presentación de caso

Se presenta una paciente blanca, de 39 años de edad con antecedentes de salud, que acude al hospital por presentar cuadros de hemorragia digestiva a repetición, este último a forma de melena comprobado mediante tacto rectal.

- A la endoscopia se observó tumoración ulcerada en su superficie que ocupa la totalidad de la región antral y más próxima a la curvatura menor del estómago y hacia su cara posterior, cuya biopsia informó leiomioma gástrico.
- Mientras que el estudio contrastado de esófago, estómago y duodeno mostró un defecto de llenado regular que ocupa la región antral y cuerpo del estómago, que se correspondió con la imagen típica de un leiomioma (fig. 1).



**Fig. 1-** Defecto de lleno en esófago estómago y duodeno, imagen típica de leiomioma.

Con todos los elementos anteriores se explora la cavidad abdominal, se comprueba diagnóstico y se practica una gastrostomía anterior por ocupar dicha tumoración la totalidad de la pared posterior gástrica con dimensiones de 7 x 5 cm (fig. 2), por lo que se decide realizar hemigastrectomía con gastroyeyunostomía retrocólica, de la cual la paciente evolucionó satisfactoriamente y resultó ser dada de alta a los diez días.



**Fig. 2-** Pieza quirúrgica.

Obsérvese ulceración y signo de Schindler en masa con submucosa.

## Discusión

En 1962 *Stout*<sup>(1)</sup> reportó por primera vez 69 casos de pacientes con tumores gástricos no epiteliales originados del músculo liso y se refirió a ellos como leiomioblastomas; mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1969 introdujo el de leiomioma epiteliode, para aludir a todos aquellos tumores mesenquimatosos del tracto gastrointestinal.<sup>(1,2)</sup>

Macroscópicamente<sup>(2,3,4)</sup> el leiomioma por lo general es un tumor pequeño y solitario. Los tumores desarrollados endogástricos son lisos, redondeados y más o menos bien circunscritos, pero no encapsulados y la mucosa que recubre al tumor puede ulcerarse, mientras que la mucosa peritumoral es normal.

Las formas pediculadas de este tumor son inusuales y cuando se localizan en el antro distal pueden presentarse como una invaginación intestinal gastroduodenal, no así sus formas infiltrativas, las que engrosan la pared gástrica con márgenes tumorales menos claros, dejando las capas mucosa y serosa generalmente sin afectar. También se han descrito tumores pediculados exogástricos.<sup>(2,5,6)</sup>

Microscópicamente,<sup>(3,4,5)</sup> el leiomioma gástricos se presenta como haces cruzados de grandes células fusiformes de músculo liso con citoplasma eosinofílico, sin miofibrillas y escasa actividad mitótica, lo que define su carácter benigno.

La mayoría de los leiomioma crecen lentamente y los síntomas reflejan en la mayoría de los casos una ulceración de la mucosa, lo que genera un episodio de hemorragia gastrointestinal.<sup>(2)</sup> Aunque inusual, estos pueden tener degeneración quística o calcificación errática y su transformación maligna es excepcional y puede ser anunciada por hemorragias repetidas o un rápido crecimiento rápido.

Por lo que algunos tumores descritos histológicamente como benignos pueden ser malignos con local, regional o metastásicas recurrencias<sup>(3)</sup> debido a su actividad mitótica marcada, al aumento de su celularidad y a la presencia de células atípicas con marcadores histológicos de transformación maligna, que no se pueden utilizar

con criterios claros para la diferenciación.<sup>(2,4,5,6)</sup>

La presentación clínica<sup>(1,2,3,4)</sup> depende del tamaño (fluctúa entre 2 y 15 cm en los cuales el 15 % resulta palpable, su ubicación más frecuente es en el cuerpo y antro gástrico hacia la curvatura menor y los tipos de desarrollo en intramurales, endogástricos, exogástricos y endoexogástricos.

La mayoría de los leiomiomas gástricos son asintomáticos y se encuentran en la autopsia o durante la exploración quirúrgica abdominal por otras razones por lo que los leiomiomas incidentales no son raros en las muestras resecaadas (3,5 %).<sup>(6,7)</sup>

Los leiomiomas gástricos sintomáticos se presentan con hemorragia digestiva alta, dolor epigástrico atípico o dispepsia inespecífica, mientras que el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, corticoides y anticoagulantes ha sido descrito como un factor predisponente asociado con el sangrado.<sup>(1,7)</sup>

La hemorragia intraperitoneal es poco común, ya que su sangrado se produce por lo general debido a ulceración de la mucosa, lo que resulta ser la complicación más común en todas sus formas y desencadena una evaluación endoscópica, por lo que sus episodios hemorrágicos mayores inician con un diagnóstico endoscópico temprano, como lo sucedido en el caso que se presenta.<sup>(6,7,8)</sup> Otras<sup>(4,6)</sup> complicaciones son la invaginación gastroduodenal, el vólvulo gástrico, la torsión tumoral gástrica y la perforación gástrica.

En la clínica<sup>(1,2,4)</sup> su diagnóstico puede ser sospechado en caso de larga evolución con una masa abdominal palpable y ocurrió en este caso, en el cual la tumoración era palpable está descrito hasta en cerca de la mitad de los casos

En un 80 % la radiografía simple de abdomen presenta defecto de llenado con ulceración central; y en un 13 %, deformidad en "reloj de arena" o zona de estrechez, mientras que la tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen permite documentar los tumores.<sup>(3,5,9)</sup>

Con el endoscopio se logra el diagnóstico macro y microscópico de estos tumores, al poder tomarse biopsias y observarse como una masa submucosa (signo de Schindler), lo que es característicos de esta entidad clínica.<sup>(6)</sup>

La angiografía selectiva es muy útil para distinguir el leiomioma gástrico de tumores pancreáticos o retroperitoneales, así como el ultrasonido (US) de abdomen pues permite de manera general ubicar al tumor.

Sin embargo, de contarse con un US endoscópico este resulta aún mejor al ser este superior a cualquier otro método de diagnóstico dada su especificidad, eficacia y seguridad al combinar la función endoscópica y la ultrasónica lo que permite no solo inspeccionar la superficie de la lesión gastrointestinal, sino también definir la capa de en la cual se origina, la invasión y la estructura de la lesión en sí.

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta en el leiomioma al ser un tumor no encapsulado es que las células de sus bordes se mezclan o se interdigitan con las células musculares normales de la pared gástrica circundante,<sup>(10)</sup> lo que crea dificultades en la diferenciación de los leiomioma benignos de la variedad maligna y es aceptado por algunos autores<sup>(2,3,4)</sup> así como de otros tumores malignos de la fibra muscular lisa del estómago y sobre todo de los tumores del estroma gastrointestinal malignos y ha dado lugar a que también se acepte que no existen criterios histológicos definidos que permitan esta diferenciación ya que, en última instancia la única prueba decisiva de que el tumor sea maligno es la de causar metástasis que se hagan evidentes en el momento de la operación o que aparezcan después, durante los estadios más avanzados de la enfermedad.

Motivo por el cual su tratamiento debe ser siempre exerético y con márgenes de seguridad de tejido sano a su alrededor más amplios que en el resto de los tumores benignos; así como llegar de ser necesario por el tamaño de este, hasta las resecciones gástricas segmentarias. Los leiomiomas pediculados pueden beneficiarse de la resección endoscópica o la enucleación con láser y su abordaje puede ser convencional o laparoscópico, método este último usado en la mayoría de los centros quirúrgicos.<sup>(2,9,10)</sup>

Según la American Gastrointestinal Association (AGA), los pacientes con tumores submucosos <3 cm pueden ser seguidos mediante exámenes periódicos de endoscopias digestivas superior o ecografía endoscópica. Mientras que las lesiones

>3 cm, en las que el potencial maligno no puede determinarse por medios menos invasivos, requieren cirugía o escisión endoscópica para el diagnóstico.<sup>(2,4,7,8)</sup>

En el caso que se presenta se realizó hemigastrectomía con gastroyeyunostomía transmesocólica debido a su localización y dimensiones. Además, una operado debe hacerse al paciente un seguimiento por un tiempo prolongado de unos 5 años, por la razón antes reflejada, en la actualidad consideran al leiomioma como una lesión premaligna.

Por lo que se puede concluir que el leiomioma gástrico es un tumor benigno poco frecuente cuya forma de presentación habitual es la hemorragia digestiva que en mayoría de casos y durante la endoscopia diagnóstica es posible observar el signo de Schindler característico de los leiomiomas ulcerados, por lo que su tratamiento es quirúrgico, en el que su tipo de resección puede variar según su tamaño, localización e índice mitótico, dado la gran probabilidad de malignidad de estos tumores.

## Referencias bibliográficas

1. Arroyo-Martínez Laura, Álvarez-Pertuz Humberto, Acuña-Calvo Jorge. Tumor gástrico estromal como causa de sangrado digestivo. Acta méd. costarric. 2006 [acceso 14/10/2024]; 48(3):131-4. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-600220060003\\_00008&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-600220060003_00008&lng=en)
2. Lozano R, Camacho IG, González JR, Moya S, Chávez CP, Rodríguez MF. Tumor del estroma gastrointestinal como causa de hemorragia severa; abordaje multidisciplinario. Informe de un caso. Cir. Gen. 2016 [acceso 14/10/2024];38(1):28-34. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992016000100028&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992016000100028&lng=es)
3. Tarafa Y, Arrué A, Acosta J, Rodríguez R, Cabreja MO, Rosales SO. Tumor gástrico estromal. Rev Cub Med Mil. 2011[acceso 14/10/2024];40(1):63-9. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572011000100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000100009&lng=es)

4. Agüero CA, Agüero M, Remón M. Hemorragia digestiva superior por tumor del estroma gastrointestinal de alto grado de agresividad. Rev. electron. Zoilo Marinello. 2021 [acceso 14/10/2024];46(4) Disponible en: <https://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/2743>
5. Ramai D, Tan QT, Nigar S, Ofori E, Etienne D, Reddy M. Ulcerated gastric leiomyoma causing massive upper gastrointestinal bleeding: A case report. Molecular and Clinical Oncology. 2018 [acceso 14/10/2024];1;8(5):671–4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29725533/>
6. Morales KM, Gramajo M. Leiomioma gástrico. Rev. méd. (Col. Méd. Cir. Guatem.). 2022 [acceso 15/09/2023];161(1):101-3. Disponible en: <https://www.revistamedicagt.org/index.php/RevMedGuatemala/article/view/371>
7. Cervantes E, Cervantes G, Cervantes LA, Cervantes GA, González A, Fuentes C. Leiomioma gástrico como causa de sangrado de tubo digestivo. Cir. cir. 2020;88(1): 116-9. DOI: [10.24875/ciru.20001766](https://doi.org/10.24875/ciru.20001766)
8. Alejandro GM, Olvera FA. Leiomioma gástrico como causa atípica de hemorragia digestiva alta. Rev esp enferm dig. 2023 [acceso 25/04/2024];342–2. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-221730ç>
9. Padmanabhan N, Kurian A, Hussain AV, Rajarajan A. Giant Gastroesophageal Leiomyoma: Challenges in Diagnosis and Management. Journal of Gastrointestinal Cancer. 2020 [acceso 14/10/2024];51(3):1039–43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32144541/>
- 10.- Verdecia C, Alonso M, Pineda D, Díaz N, Graverán LA. Leiomioma gástrico. Rev Cubana Pediatr. 2014 [acceso 14/10/2024];86(3):397-402. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312014000300015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000300015&lng=es)

### **Conflicto de interés**

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### **Contribución de los autores**

*Conceptualización:* Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez.

*Curación de datos:* Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez.

*Análisis formal:* Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez.

*Adquisición de fondos:* Alejandro Bello Carr.

*Investigación:* Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez.

*Metodología:* Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez.

*Administración del proyecto:* Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez.

*Recursos:* Alejandro Bello Carr.

*Software:* Alejandro Bello Carr.

*Supervisión:* Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez.

*Validación:* Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez.

*Visualización:* Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez.

*Redacción – borrador original:* Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez.

*Redacción – revisión y edición:* Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez.