

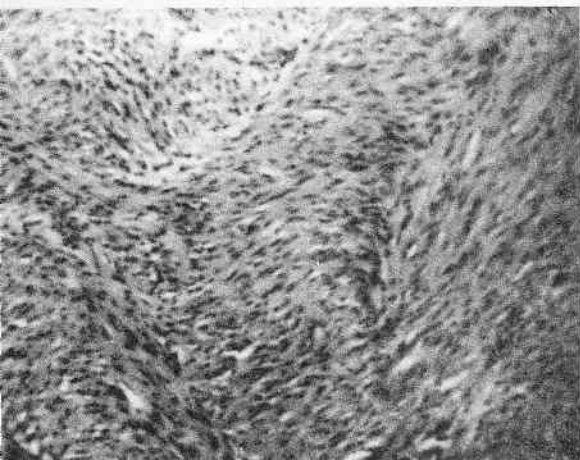
LEIOMIOMA DE INTESTINO DELGADO: CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA MASIVA

Dr. RICARDO CATINI, y
Dr. EMILIO FANTIN

La finalidad de la presente publicación guarda relación con:

- 1) La frecuencia y gravedad de algunas hemorragias digestivas.
- 2) Existen más de 50 causas que pueden provocarla. (6)
- 3) La rareza del leiomioma de intestino delgado. (0,17% de los tumores del aparato gastrointestinal).
- 4) A pesar de las técnicas modernas, todavía quedan hemorragias sin diagnóstico etiológico.

Caso 1: H.C. 36771 (julio de 1967). Hombre de 60 años que ingresa al Hospital en estado de shock hipovolémico. Hacía 15 hs. había tenido un deposición con sangre roja y negra, sin dolores u otra molestia. A los pocos minutos se siente muy débil, con sudoración fría y sufre un desvanecimiento. A las 3 hs. tuvo una segunda de-

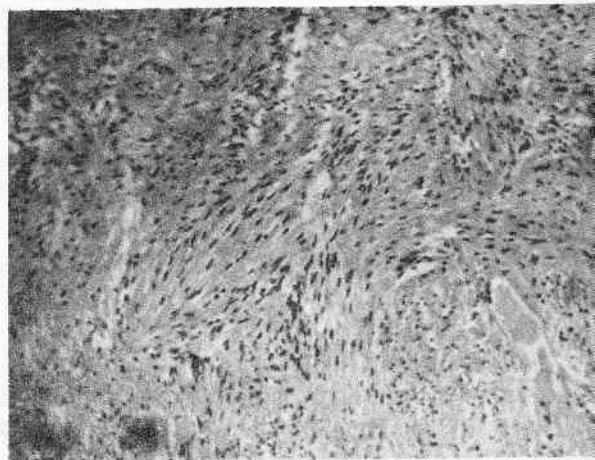


posición sanguinolenta de unos 600 cc. No tenía antecedentes de enfermedad gastrointestinal.

Fue necesario transfundir 1000 cc. de sangre para restablecer la T.A. momentáneamente. Estaba pálido taquicárdico e hipotenso a los pocos

minutos. A pesar de los 4000 cc. de sangre transfundidos, 8 hs. después continuaba taquicárdico en hipotenso con Hcto. de 26%. Ante la imposibilidad de mejorar el estado general con transfusiones, para realizar los estudios correspondientes se decidió practicar una laparotomía exploradora. Durante la misma se extirpó una tumoración de 5 cm. de diámetro a 1,5 mt. del ángulo de Treitz. El diagnóstico histopatológico fue de Leiomioma de Intestino Delgado. Ulcerado. El paciente fue controlado hasta 10 años después. No presentó nueva hemorragia.

Caso 2: H.C. 61141 (agosto de 1971). Mujer de 23 años que consulta por melena, palidez y mareos al incorporarse. No tuvo dolor abdominal ni antecedentes de enfermedad gastrointestinal. Los estudios de laboratorio mostraron: GR 2.820.000 Hb 7,7 gr/100 Hcto. 27/100. Una radiografía de Colon, rectosigmoidoscopia y arteriografía mesentérica fueron normales. En una radiografía de tránsito intestinal se informó sobre una imagen crateriforme en yeyuno. La paciente fue tratada con dieta, antiácidos, digestivos y hierro.



Seis meses después consulta por náusea vómitos y mareos. Había tenido una lipotimia y posteriormente una deposición de 500 cc. de sangre oscura. El Hcto. era de 27%. Se transfundieron 3000 cc. de sangre sin conseguir mejoría, por lo cual se decidió practicar una laparotomía exploradora. Durante la misma se extirpó, a un metro del ángulo duodeno-yeyunal, una tumoración de 5 x 3,5 cm. El diagnóstico histopatológico fue de Leiomioma yeyunal con origen en la muscularis mucosae y exulceraciones de la mucosa. La paciente fue controlada hasta 8 años después sin presentar nuevas hemorragias.

Discusión: Los tumores del intestino delgado son raros, constituyendo el 1,7% de los tumores del aparato gastrointestinal (1). Aproximadamente el 40% de las neoplasias son benignas y el 60% malignas. Los tumores benignos por orden de frecuencia son: leiomiomas, adenomas, lipomas, fibromas, angiomas y otros. La localización es en el duodeno 14% yeyuno 43% ileon 43% (1-2-3). Los leiomiomas constituyeron el 10% de los tumores de intestino delgado en dos series de 132 y 116 tumores estudiados por Darling y Miles respectivamente (2-3). La incidencia de leiomioma es similar en ambos sexos y la edad oscila entre los 30 y 70 años (6).

La clínica de estos tumores corresponde a alguno de los siguientes síndromes: obstrucción (incluye intususcepción), hemorragia, perforación, o masa abdominal. (3) El leiomioma se presenta en cualquiera de estas formas, siendo la más común la hemorragia digestiva (melena) (2) y el dolor abdominal. (3) El leiomioma se presenta en cualquiera de estas formas, siendo la más común la hemorragia digestiva (melena) (2) y el dolor abdominal (5). El diagnóstico clínico es difícil y los estudios radiográficos sólo ayudan en la localización de las lesiones sin definir la etiología. (2-3-4). La Rx de tránsito intestinal fue positiva en 25 de 30 pacientes con lesiones del yeyuno-ileum. (3). El diagnóstico de leiomioma se puede realizar mediante la arteriografía selectiva de las arterias del órgano afectado. (4-8)

Los estudios de laboratorio sólo ayudan para la investigación de sangre en heces y valorar el grado de la hemorragia.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica. (1-3-5).

Comentario: A pesar de su rareza debe tenerse presente el diagnóstico de leiomioma, en el estudio de los pacientes con hemorragia digestiva.

Si bien la arteriografía en nuestro caso no fue de utilidad, debe practicarse dada la posibilidad de diagnóstico topográfico de la lesión. (7)

Dada nuestra experiencia posterior en el estudio de la hemorragias digestivas por otras causas, consideramos de utilidad el uso de la Cámara Gama en el estudio de estos pacientes. (9)

BIBLIOGRAFIA

- 1) Allen Good, C. Tumors of the small intestine. Am. Jour. Roentg. 89, 4:685-705, 1963.
- 2) Darling, R.C. Tumors of the small intestine. N. Eng. J. Med. 260:399, 1959.
- 3) Miles, R. The small bowel tumor problem. Ann. Surg. 189,6:732-740, 1979.
- 4) Ramer, M. Angiography in leiomyomatous neoplasms of the small bowel. Am. J. Roentg. 113,2:263-268, 1971.
- 5) Starr, G. Leiomyoma and leiomyosarcoma of the small bowel. Cancer 8:101, 1955.
- 6) Bockus, H.L. Gastroenterology. W.B. Saunders, 1967.
- 7) Delorme, G. Apport de L'angiographie dans le diagnostic des tumeurs du grele. J. Radiol. 52:673-679, 1971.
- 8) Irving, J. Emergengy arteriography in acute gástrointestinal bleeding. Brit. Med. Jour. 1:929-931, 1976.
- 9) Winzelberg, G. Radionuclide localization of lower gastrointestinal hemorrhage. Radiology. 139-465, 1981.