

# Leiomioma extrarrectal gigante en una mujer con embarazo de 22 semanas

## Giant extrarectal leiomyoma in a woman with pregnancy of 22 weeks

Luis Jorge Lombana, MD,<sup>1</sup> Luis Carlos Domínguez, MD, MSc,<sup>2</sup> Charles Bermúdez MD,<sup>2</sup>

### RESUMEN

Los leiomiomas de localización anorrectal son tumores infrecuentes originados a partir del músculo liso de la vagina, de la pared rectal o en menor porcentaje del plano muscular del tabique rectovaginal. El manejo primario de esta entidad es quirúrgico. Sólo pocos casos han sido reportados en la literatura y ninguno durante la gestación. En este documento se reporta el caso de una mujer de 37 años, en el curso de un embarazo de 22 semanas, que consultó por la presencia de una masa del tabique rectovaginal compatible con un leiomioma extrarrectal gigante de crecimiento rápidamente progresivo asociado a intenso dolor y síntomas de obstrucción intestinal, el cual fue resecado exitosamente mediante un abordaje transperineal.

### Palabras clave:

Leiomioma extrarrectal, tumor anorrectal, tumor rectovaginal, resección transperineal, embarazo.

### SUMMARY

Leiomyomas of anorectal localization are infrequent tumors originated from vaginal smooth muscle of the rectal wall or less frequently from the rectovaginal septum. The primary management of this entity is surgical. Only a few cases have been reported in the literature and none has been reported during gestation. In this document we report the case of a 37 year old woman, with a 22 week pregnancy, who noted the presence of a rectovaginal mass compatible with a gigantic extra rectal leiomyoma of a rapidly progressive nature, associated with intense pain and bowel obstruction symptoms, which was successfully resected through a transperineal approach.

### Key words:

Extrarrectal leiomyoma, anorectal tumor, rectovaginal tumor, transperineal resection, pregnancy.

## INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas de la región anorrectal son tumores raros. Se estima que existe un leiomioma por cada 2.000 tumores rectales (1). Se presentan usualmente entre la quinta y la séptima década de la vida y aproximadamente el 63,9% de los pacientes con esta condición son mujeres (1, 2). El 50% de las lesiones son de localización intraluminal en el recto, el 30% extrarrectales, el 10% intra y extraluminales y el 10% restante intramurales (3). No se han descrito en la literatura pacientes con esta condición durante la gestación. Por

esta razón decidimos presentar el reporte de caso de un leiomioma extrarrectal gigante resecado por abordaje transperineal en una mujer de 37 años durante el curso de un embarazo de 22 semanas, quien fue remitida al servicio de Cirugía colorrectal del Hospital Universitario de San Ignacio (Bogotá-Colombia).

## REPORTE DE CASO

Mujer de 37 años de edad, con cuadro clínico de 9 meses de evolución consistente en masa de crecimiento rápidamente progresivo ubicada en tabique

<sup>1</sup> Cirujano Coloproctólogo, Jefe Sección de Cirugía Colorrectal. Hospital Universitario San Ignacio Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

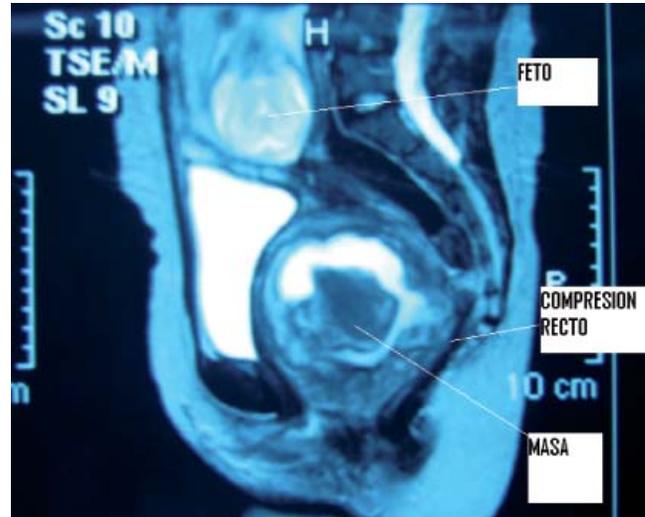
<sup>2</sup> Cirujano General. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.  
Fecha recibido: 14-02-07 / Fecha aceptado: 24-04-07

rectovaginal, asociada a pérdida de 4 kilogramos de peso, dolor rectal de intensidad 8/10, cambios del hábito intestinal, pujo y tenesmo rectal. Recibió tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y laxantes con pobre respuesta. En otra institución se realizó una biopsia trucut por vía transvaginal que informaba la presencia de tejido de origen leiomiomatoso. Al momento de la consulta cursaba con embarazo de 22 semanas por amenorrea. En el examen físico se encontraba en buen estado general y sin presencia de signos de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS). En el abdomen se encontró: útero grávido con altura de 16 centímetros. Al examen ginecológico se evidenció, durante la realización de un tacto vaginal la presencia de una masa renitente y submucosa sobre la pared posterior de la vagina; al tacto rectal, se palpaba la misma lesión, también submucosa, renitente e intensamente dolorosa, que ocupaba el tabique rectovaginal y ascendía hasta aproximadamente 8 centímetros del reborde anal produciendo una disminución de la luz rectal por compresión extrínseca (figura 1).



**Figura 1.** Leiomioma extrarrectal.

Para verificar las relaciones de la lesión se realizó una resonancia magnética nuclear (RMN) de pelvis en la que se evidenció una masa de 10 x 8 centímetros, ubicada en el tabique rectovaginal, con degeneración quística e imágenes sugestivas de necrosis, la cual producía compresión del recto y desplazamiento anterior de la vagina (figura 2).



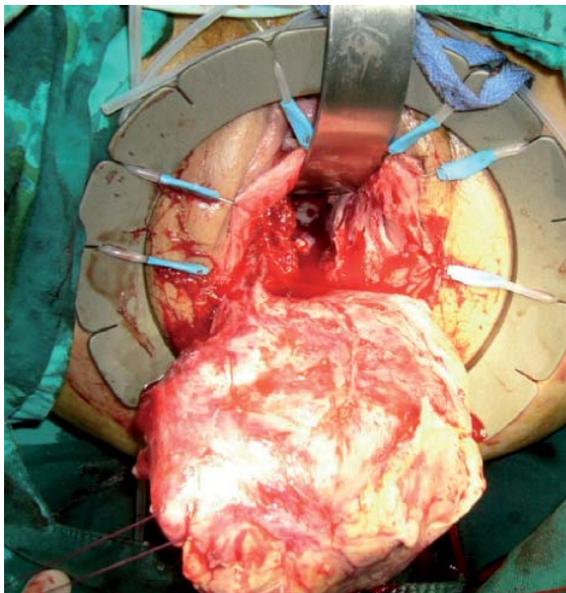
**Figura 2.** Resonancia magnética de pelvis.

En las imágenes la masa no demostraba relación con el útero. Una rectosigmoidoscopia flexible mostró disminución del 80% de la luz del recto secundaria a compresión extrínseca de la pared anterior, inmediatamente por encima de la línea dentada y hasta 8 centímetros proximales a la misma. La mucosa rectal tenía aspecto endoscópico normal. Con diagnóstico clínico e histológico de leiomioma del tabique recto vaginal, la paciente fue sometida a una resección de la lesión por vía transperineal, bajo anestesia peridural, (Figura 3) en la que se encontró una masa de 15 x 8 centímetros, de 370 gramos, independiente de la vagina y recto, de superficie lisa, con áreas de necrosis y presencia de aproximadamente 200 cc de material purulento en el que se aislaron cocos gram positivos. Se realizó una resección completa de la lesión, (figura 4) –preservando la pared anterior del recto y la pared posterior de la vagina–, una plastia del músculo elevador y se drenó el espacio ocupado por la masa por vía transvaginal con sistema de Jackson Pratt (figura 5). Al finalizar el procedimiento se evidenció indemnidad de la pared rectal por medio de una rectosigmoidoscopia rígida. El comportamiento transoperatorio fue satisfactorio y no requirió el uso de agentes tocolíticos. La evolución postoperatoria fue adecuada, no se evidenciaron complicaciones obstétricas, clínica ni ecográficamente, y se completaron 10 días de tratamiento antibiótico ambulatorio. El reporte final de patología

informó la presencia de un leiomioma del tabique rectovaginal. Histológicamente no se demostró actividad mitótica y por inmunohistoquímica se documentó menos de 1% de expresión del Ki67, positividad para vimentina y actina muscular específica y negatividad del HMB-45, CD-68, CK, CD-34 y ACL. El seguimiento clínico fue satisfactorio con resolución completa del dolor, presencia de tránsito intestinal normal y evolución obstétrica sin complicaciones.



**Figura 3.** Abordaje transperineal.



**Figura 4.** Resección completa de la masa.



**Figura 5.** Drenajes.



**Figura 6.** Espécimen completo.

## DISCUSIÓN

Los leiomiomas de localización anorrectal son tumores infrecuentes que se originan en la pared rectal, en el músculo liso de la vagina o a partir del plano muscular del tabique rectovaginal. Junto con su localización,

el grado de vascularización determina la naturaleza de los signos y síntomas que presentan, en especial dolor anal, perineal, cambios en el hábito intestinal, tenesmo, prurito, dispareunia, masa palpable y sangrado (1-3). En la mayoría de los casos reportados estos tumores son diagnosticados dentro del primer año del inicio de los síntomas (3). Aproximadamente el 85% de estas lesiones tiene un tamaño que oscila entre 5-10 centímetros y en algunos puede ser superior a los 20 centímetros (3). En este último caso se ha planteado que los tumores de gran tamaño pueden exhibir un comportamiento maligno.

El tratamiento del leiomioma de localización anorrectal es quirúrgico. En este caso la indicación quirúrgica estuvo determinada por la presencia de una masa de crecimiento rápidamente progresivo asociada a dolor anal refractario, a manejo médico y síntomas clínicos consistentes con una inminencia de obstrucción intestinal. De acuerdo a las características clínicas e imagenológicas de la masa, especialmente por su localización e independencia de la pared rectal, se escogió para la resección un abordaje transperineal, el cual nos permitió diseccionar circunferencialmente la lesión bajo visión directa de la pared rectal anterior.

En general se acepta que los leiomiomas intrarrectales deben resecarse por una vía transanal, especialmente cuando son menores de 5 centímetros, y que los tumores extrarrectales deben abordarse por vía transperineal, pararrectal o transvaginal (2). En otros casos, de acuerdo a la extensión de la lesión, el compromiso de la pared rectal y la sospecha de malignidad puede ser necesaria una resección anterior, o anterior baja de recto, o una resección abdominoperineal (2, 3).

En esta paciente reservamos un abordaje transvaginal como una opción complementaria a la utilizada, en el caso en el que la lesión tuviera una extensión proximal alta que no permitiera una resección exclusiva por vía transperineal. No consideramos que un abordaje por vía transanal permitiera un adecuado acceso al tumor. A la paciente, en otra institución le habían ofrecido un manejo temporal con una ostomía, procedimiento de otra parte indeseable en

una mujer gestante. Igualmente, un abordaje por vía abdominal en presencia del útero grávido no ofrece un adecuado acceso a esta lesión, dada su localización inferior a la reflexión peritoneal.

Respecto al momento de realización de la cirugía, es preciso anotar que en presencia de los síntomas que acompañaban a la lesión y dado el tamaño de la misma, un manejo conservador en la semana 22 presagiaba la presencia de una obstrucción intestinal y habría determinado la probabilidad de complicaciones obstétricas. Los hallazgos operatorios confirmaron la naturaleza de los síntomas, en especial el importante dolor anal secundario a la presencia de una extensa necrosis y absceso asociado. Por esta razón, la sintomatología causada por lesión definió un manejo agresivo tempranamente durante curso del embarazo.

En cuanto al uso de biopsias en el preoperatorio ha sido reconocido que su rendimiento en presencia de tejido leiomiomatoso no es adecuado, pues se correlaciona únicamente en un 20% de los leiomiomas resecados, y que el diagnóstico definitivo se establece con la pieza quirúrgica (3). Aun así, esta paciente fue llevada a cirugía con un diagnóstico clínico de un leiomioma, que finalmente se corroboró en el espécimen quirúrgico por microscopia y mediante la aplicación de marcadores de inmunohistoquímica. No obstante esta lesión planteó diversos diagnósticos diferenciales, (pese a una biopsia que informaba la presencia de tejido muscular) en especial de tumores sarcomatosos y menos probablemente de endometriosis profunda, aunque clínica e imagenológicamente no se encontraron comprometidos el fondo de saco de Douglas ni los ligamentos uterosacros.

Al respecto, a nivel del tabique rectovaginal ha sido descrita la presencia de leiomiosarcomas (3-6) y adenocarcinomas primarios (especialmente el adenocarcinoma papilar y en menor proporción el adenoacantoma o adenocarcinoma de células claras), los cuales pueden estar asociados con endometriosis hasta en un 70% y en el porcentaje restante a la presencia de remanentes embriológicos müllerianos (7-9). Otras lesiones infrecuentes son los tumores estromales extragastrointestinales (extragastrointestinal stromal tumors/EGISTs) originados a partir de las células de Cajal (10, 11),

los tumores retrorrectales, el adenosarcoma originado en endometriosis, el sarcoma de Ewing extraóseo, el sarcoma estromal endometrial extrauterino, el tumor endometriode secretor de andrógenos, el adenoma vellosa con extensión al septum, el hemangiopericytoma y el mesotelioma (12-19).

La recurrencia local de los leiomiomas de localización anorrectal representa un gran problema pues aproximadamente 40% de ellos recurre después de una resección local y en un 10% lo hace como leiomyosarcomas (1, 3). La recurrencia está relacionada especialmente con la resección incompleta y el tamaño superior a 5 centímetros (1, 3). Después de una excisión transanal, pararrectal o transvaginal, la recurrencia con transformación maligna se ha descrito en el rango de 9 meses a 9,5 años (2). En el caso presentado no hemos documentado la presencia de recurrencia tumoral.

## REFERENCIAS

1. Kusminsky RE, Bailey W. Leiomyomas of the rectum and anal canal: report of six cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1977; 20(7): 580-99.
2. Vorobyov GI, Odaryuk TS, Kapuller LL, et al. Surgical treatment of benign, myomatous rectal tumors. *Dis Colon Rectum* 1992; 35(4): 328-31.
3. Hatch K, Blanchard D, Hatch III G, et al. Tumors of the Rectum and Anal Canal. *World J Surg* 2000; 24: 437-443.
4. Brown KL, Segal AJ, Hurd GB. Masses of the rectovaginal septum: A proposed classification, review of the literature and report of a case of leiomyosarcoma. *Am J Surg* 1960; 99: 309-15.
5. Rebell FG, Hiatt N. Leiomyosarcoma of the rectovaginal septum. *Am J Surg* 1954; 88(5): 746-8.
6. Arenas N, Blanchard O, Gentile JM. Leiomyosarcoma of rectovaginal septum. *Prensa Med Argent* 1950; 37(32): 1844-7.
7. Berger A, Rouzier R, Carnot F, et al. Primary adenocarcinoma of the rectovaginal septum: a case report and literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 95(1): 111-3.
8. Leteurtre E, Boman F, Farine MO, et al. Serous papillary cystadenocarcinoma of the recto-vaginal septum: a rare primary localization. *Ann Pathol* 1999; 19(1): 42-5.
9. Yazbeck C, Poncelet C, Chosidow D, et al. Primary adenocarcinoma arising from endometriosis of the rectovaginal septum: a case report. *Int J Gynecol Cancer* 2005; 15(6): 1203-5.
10. Wepppler EH, Gaertner EM. Malignant extragastrointestinal stromal tumor presenting as a vaginal mass: report of an unusual case with literature review. *Int J Gynecol Cancer*. 2005; 15(6): 1169-72.
11. Nasu K, Ueda T, Kai S, et al. Gastrointestinal stromal tumor arising in the rectovaginal septum. *Int J Gynecol Cancer* 2004; 14(2): 373-7.
12. Raffaelli R, Piazzola E, Zanconato G, et al. A rare case of extrauterine adenosarcoma arising in endometriosis of the rectovaginal septum. *Fertil Steril* 2004; 81(4): 1142-4.
13. Petkovic M, Zamolo G, Muhvic D, et al. The first report of extra osseous Ewing's sarcoma in the rectovaginal septum. *Tumori* 2002; 88(4): 345-6.
14. Bosincu L, Massarelli G, Cossu Rocca P, et al. Rectal endometrial stromal sarcoma arising in endometriosis: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2001; 44(6): 890-2.
15. Kaseki H, Mizuno K, Inoue T, et al. Post-hysterectomy extra-uterine endometrial stromal sarcoma: a case report. *Jpn J Clin Oncol* 1990; 20(4): 413-9.
16. Powell JL, Connor GP, Henderson GS. Androgen-producing, atypically proliferating endometrioid tumor arising in endometriosis. *South Med J* 2001; 94(4): 450-3.
17. Ciano PS, Antonioli DA, Critchlow J, et al. Villous adenoma presenting as a vaginal polyp in a rectovaginal tract. *Hum Pathol* 1987; 18(8): 863-6.
18. Buscema J, Rosenshein NB, Taqi F, et al. Vaginal hemangiopericytoma: a histopathologic and ultrastructural evaluation. *Obstet Gynecol* 1985; 66(3 Suppl): 82S-85S.
19. Gold C. A primary mesothelioma involving the rectovaginal septum and associated with beryllium. *J Pathol Bacteriol* 1967; 93(2): 435-42.