

fin de un diagnóstico precoz<sup>5-7</sup>. La cirugía es el tratamiento definitivo, especialmente cuando hay dudas diagnósticas. Aunque ocasionalmente es posible la extracción de los cálculos y el drenaje del absceso por vía percutánea, como en nuestro caso, aún así, la tasa de recidivas o fracasos es elevada<sup>7</sup>.

## Bibliografía

- Ruiz de Adana JC, Fernández Luengas D, López Herrero J, Ortega Deballon P, Hernández Matías A, García Septiem J, et al. Morbilidad atribuible a los cálculos abandonados en la cavidad abdominal tras la colecistectomía laparoscópica. *Cir Esp*. 2000;68:226-8.
- Castellón Pavón CJ, Morales Artero S, Martínez Pozuelo A, Valderrábano González S. Complicaciones por cálculos y clips intraabdominales abandonados durante una colecistectomía laparoscópica. *Cir Esp*. 2008;84:3-9.
- Casillas S, Kittur DS. Late abscess formation after spilled gallstones masquerading as a liver mass. *Surg Endosc*. 2003;17:833.
- Hussain MI, Al-Akeely MH, Alam MK, Al-Abood FM. Abdominal wall abscess following laparoscopic cholecystectomy: an unusual late complication of lost gallstones. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2010;20:763-5.
- Bhatti CS, Tamijmarane A, Bramhall SR. A tale of three spilled gallstones: one liver mass and two abscesses. *Dig Surg*. 2006;23:198-200.
- Sophie H., Tushar S., Prakash S. Complications of spilled gallstones following laparoscopic cholecystectomy: a case report and literature.
- Bouasker I, Zoghiami A, El Ouaer MA, Khalfallah M, Samaali I, Dziri C. Parietal abscess revealing a lost gallstone 8 years after laparoscopic cholecystectomy. *Tunis Med*. 2010;88:277-9.

Rocío González López\*, Leticia Alonso Fernández, Lucía Dorado Castro, Laura Muñoz Ruano, María Isabel Pérez Moreiras y José Félix Arija Val

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rgonlop@gmail.com

(R. González López).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.11.012

## Leiomioma rectal: resección endoscópica

### Rectal leiomyoma: Endoscopic resection

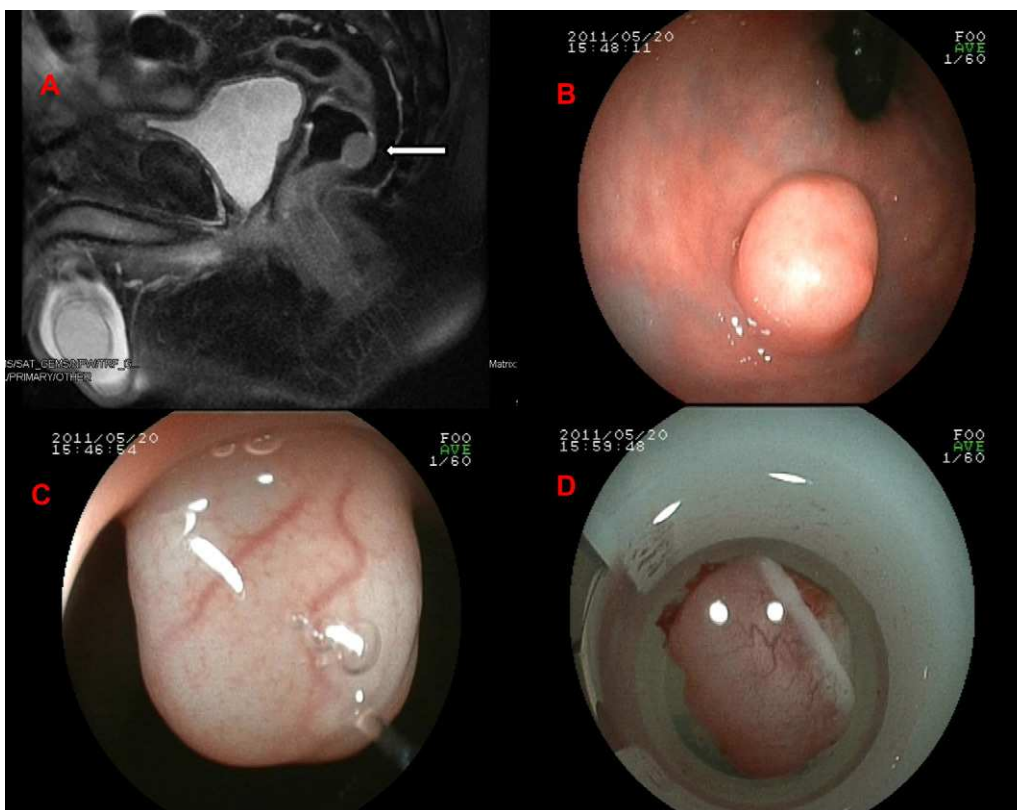
Sr. Director:

Los tumores derivados de la capa muscular lisa pueden ocurrir a lo largo de todo el tubo digestivo, siendo más frecuentes en estómago e intestino delgado. Su desarrollo en el esófago, colon y recto es muy infrecuente<sup>1,2</sup>. La mayoría de estas lesiones van a ser observadas como lesiones polipoideas sésiles o tumores intramurales submucosos<sup>1</sup>. En el recto, dada su accesibilidad, es frecuente indicar la resección quirúrgica por vía transanal, si bien se ha descrito su resección endoscópica, cuyo principal riesgo es la perforación de la pared intestinal, y para disminuir este riesgo se han utilizado técnicas de inyección submucosa para levantar la lesión<sup>2</sup>. En el presente caso describimos la resección endoscópica, con asa de diatermia, de un leiomioma submucoso sin complicaciones derivadas de la técnica.

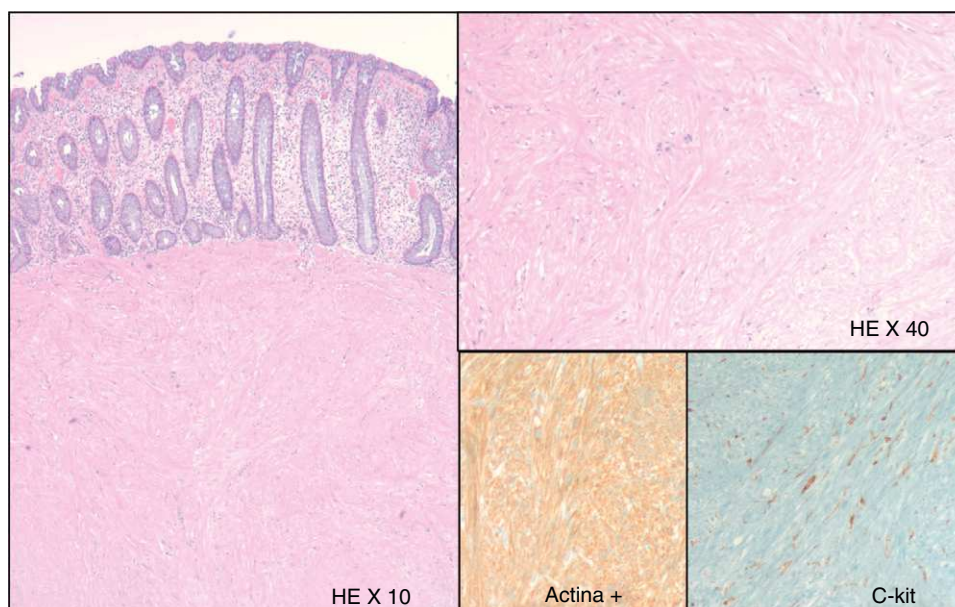
Varón de 70 años con antecedentes clínicos de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Antecedente quirúrgico de prostatectomía abierta por hipertrofia benigna prostática. Seis meses antes de la exploración endoscópica acudió al servicio de urgencias por dolor a nivel perineal y se le diagnosticó un absceso perianal, realizándose drenaje y colocación de setón a través de trayecto fistuloso, con orificio interno superior al aparato esfinteriano. En resonancia magnética (RM) pélvica de control se observó en la pared posterior del recto medio, a 8-9 cm del orificio anal externo, una imagen nodular de 15 mm que mostraba señal intermedia en T1 y T2, redondeada y de contornos bien definidos compatible con tumor submucoso (fig. 1A). En ese momento se derivó para la valoración de su resección endoscópica.

En el acto endoscópico, se encontró, en ampolla rectal a menos de 5 cm del margen anal interno (fig. 1B y C), una lesión sésil redondeada recubierta de mucosa normal de unos 2 cm de diámetro. Se procedió a levantar la lesión con la inyección en diferentes puntos de 6 ml de una solución coloide (Voluven®) y posterior resección con asa de diatermia sin incidencias inmediatas. Se recuperó posteriormente y se observó una tumoración submucosa íntegra recubierta de mucosa que se retraía sobre la lesión (fig. 1D). En el análisis histológico se halló una tumoración de 2 x 1,5 cm bien delimitada, no encapsulada, de localización submucosa y constituida por una proliferación fusocelular sin atipia. Esta proliferación expresaba positividad con actina y fue negativa con C-kit (CD117) y CD34, procediéndose al diagnóstico anatómopatológico de leiomioma submucoso de recto (fig. 2). El paciente no presentó complicaciones relacionadas con la resección.

Los tumores derivados del tejido muscular liso son muy infrecuentemente observados en el colon y el recto. De esta forma, los leiomiomas anorrectales representan aproximadamente el 3% de todos los que se detectan en el tubo digestivo y menos del 0,1% de los tumores rectales<sup>1</sup>. La mayoría de estos tumores se detectan de forma incidental durante una exploración endoscópica y pueden presentar diferentes morfologías, incluso como lesiones pediculadas o ser indicativas de un pólipo adenomatoso<sup>1,3,4</sup>. La realización de un estudio pélvico mediante RM o ecoendoscopia, para completar su estudio, ayudará a su diagnóstico y a definir su extensión e incluso el tipo de lesión. En el diagnóstico diferencial de este tipo de lesiones submucosas se incluyen tumores de la estroma gastrointestinal (GIST en la terminología anglosajona), tumores carcinoides, lipomas, liposarcomas, leiomiomas y leiomiomasarcomas. La resección quirúrgica es de elección, si bien la resección



**Figura 1** A) Imagen de RM pélvica donde se observa la tumoración submucosa rectal (flecha). B) y C) Se observa en anteversión y retroversión la lesión submucosa recubierta de mucosa normal en ampolla rectal. D) Lesión submucosa recuperada tras su resección endoscópica que se observa íntegra y la mucosa que recubre retraída sobre la lesión.



**Figura 2** Tumoración de morfología nodular, bien delimitada, de localización submucosa, constituida por una proliferación fusocelular sin atipia y con un índice mitótico mínimo. Dicha proliferación expresa positividad con actina y es negativa con C-kit (CD117) y CD34.

endoscópica es adecuada y factible en lesiones pequeñas, dado que la perforación es más frecuente en tumores de gran tamaño<sup>2</sup>. El comportamiento biológico de estos tumores es variable, y la combinación del lugar de presentación, tamaño, apariencia histológica e índice mitótico son los que aportan mejor predicción de su agresividad y comportamiento<sup>5</sup>. En nuestro caso la tumoración cumplía todos los criterios de benignidad y su resección endoscópica completa se pudo considerar el tratamiento definitivo.

## Bibliografía

1. De Palma GD, Rega M, Masone S, Siciliano S, Persico M, Salvatori F, et al. Lower gastrointestinal bleeding secondary to a rectal leiomyoma. *World J Gastroenterol*. 2009;15: 1769–70.
2. Ishiguro A, Uno Y, Ishiguro Y, Munakata A. Endoscopic removal of rectal leiomyoma: case report. *Gastrointest Endosc*. 1999;50:433–6.
3. David SS, Samuel JJ. Pedunculated extraluminal leiomyoma of the sigmoid colon. *J Gastroenterol Hepatol*. 1996;11: 299–300.
4. Kume K, Takase I, Hirohata Y, Yoshikawa I, Abe S, Otsuki M. *Gastrointest Endosc*. 2001;53:841.
5. Miettinen M, Furlong M, Sarlomo-Rikala M, Burke A, Sobin LH, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumours, intramural leiomyomas, and leiomyosarcomas in the rectum and anus: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 144 cases. *Am J Surg Pathol*. 2001;25: 1121–33.

Óscar Núñez Martínez<sup>a,\*</sup>, Silvia Salinas Moreno<sup>b</sup>,  
Noemí Manceñido Marcos<sup>a</sup>, Ramón Pajares Villarroya<sup>a</sup>  
y José Carlos Erdozain Sosa<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Unidad de Digestivo, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [onumar@gmail.com](mailto:onumar@gmail.com)

(Ó. Núñez Martínez).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.12.007