

## LEIOMIOSARCOMA DEL ESPACIO DE BOGROS, UNA ENTIDAD INFRECUENTE

Emmanuel Zappettini\*, Mariana Bonatti\*\*, Álvaro Falzone\*\*, Pablo Marinucci\*\*

\* Médico Especialista en Clínica Quirúrgica, Ayudante Diplomado Cátedra "A" de Cirugía (UNLP), HZGA "Dra. Cecilia Grierson", Guernica.

\*\* Médico Especialista en Clínica Quirúrgica, HZGA "Dra. Cecilia Grierson", Guernica.

Lugar de Trabajo: Hospital Zonal General de Agudos "Dra. Cecilia Grierson", Guernica, Presidente Perón

### Resumen

El Leiomioma es un tumor infrecuente de origen mesenquimático que representa menos del 1% de los cánceres del adulto<sup>1</sup>, y entre un 2% y un 9% de los sarcomas de partes blandas<sup>2</sup>. La afectación de la pared abdominal se da entre el 1% al 3% de los casos, pudiendo ser primaria o metastásica<sup>3</sup>. La resección tumoral completa es el principal factor pronóstico, con tasas de supervivencia que rondan el 69% a los 5 años<sup>1</sup>. Se presenta el caso de una paciente de 23 años con un Leiomioma en el espacio de Bogros, en el que tanto la edad de la paciente<sup>4</sup> como la ubicación del tumor<sup>5</sup>, lo tornan infrecuente.

### Abstract

Leiomyosarcoma is a rare tumor of mesenchymal origin representing less than 1% of adult cancers<sup>1</sup>, and between 2% and 9% of soft tissue sarcomas<sup>2</sup>. Affectation of the abdominal wall occurs only in 1% to 3% of the cases, and may be primary or metastatic<sup>3</sup>. Complete resection of the localized primary leiomyosarcoma is the most important prognostic factor, with a 5-year survival rate of 69%<sup>1</sup>. This work presents a clinical case of a 23-year-old patient with a leiomyosarcoma in the Bogros's space, where both the patient's age<sup>4</sup> and the location of the tumor<sup>5</sup> render it uncommon.

Caso clínico: paciente femenina de 23 años, sin comorbilidades, que ingresa por dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda de dos meses de evolución. Al examen físico, presenta una tumoración indurada de 6 centímetros de diámetro. Se realiza tomografía computada que informa la existencia de un tumor sólido de la pared abdominal, sugestivo de estirpe mesenquimal. Se realiza cirugía: incisión de Rutherford Morrison, disección del complejo oblicuo menor-transverso (Fig. 1A) hasta alcanzar, por debajo de la fascia transversalis, medialmente a la fascia ilíaca y antero lateral al peritoneo parietal (en el seno del espacio de Bogros), una formación sólida adherida al músculo ilíaco (Fig. 1B). Se realiza ligadura del pedículo vascular y resección tumoral completa (Fig. 1C), incluyendo a las fibras musculares comprometidas. El diagnóstico de certeza se realiza mediante anatomía patológica: Leiomioma (Fig. 2A y 2B) de bajo grado (Anticuerpo Antivimentina V9: positivo, Anticuerpo Anti Actina Muscular Específica: reactividad sectorial, Anticuerpo Anti Factor de Proliferación KI67: reactividad nuclear en un 3% de la población celular), con márgenes de resección negativos. El seguimiento postoperatorio se realizó cada 3 meses durante el primer año mediante evaluación clínica y tomográfica, encontrándose la paciente asintomática y sin imágenes de recidiva tumoral.

El Leiomioma de la pared abdominal es un tumor pseudoencapsulado que se origina en las células musculares lisas, afecta preferentemente a mujeres durante la quinta y la sexta década de vida y su pronóstico depende del grado de diferenciación celular y de su ubicación topográfica<sup>1</sup>. De etiología desconocida, se asocia a radiación, químicos (fenoles y clorofenoles), linfedema crónico y alteraciones genéticas hereditarias (enfermedad de von Recklinghausen, síndrome de Li-Fraumeni)<sup>1</sup>, presentándose como una masa asintomática, grande y de crecimiento lento<sup>4</sup>.

El diagnóstico por imágenes caracteriza y estadifica al tumor, guía la toma de biopsias, planifica la táctica quirúrgica y permite el seguimiento de los pacientes<sup>4</sup>. La resonancia magnética es superior a la tomografía computada: mejora la definición de los planos musculares y neurovasculares comprometidos y orienta hacia diversos diagnósticos diferenciales según el tejido predominante (liposarcoma, tumores mixoides)<sup>4</sup>.

El diagnóstico de certeza se realiza mediante anatomía patológica, siendo de elección la biopsia con aguja gruesa, que obtiene cilindros de tejido suficiente para estudio histológico con mínima morbilidad<sup>4</sup>. La punción aspiración con aguja fina se reserva para evaluar recidivas, recaída local o a distancia<sup>4</sup>, ya que no es concluyente ni en el grado ni en el subtipo histológico<sup>3</sup>. El diagnóstico diferencial comprende diferentes lesiones ocupantes de espacio en la pared abdominal: enfermedades no neoplásicas (quistes de inclusión epidérmica, fascitis nodular, mesenteritis esclerosante intraabdominal), tumores benignos (lipomas, leiomiomas, schwannomas), tumores potencialmente agresivos (fibromatosis y tumor desmoide), metástasis<sup>6</sup> y tumores primarios (otros sarcomas como liposarcoma, sarcoma pleomórfico, sarcoma de Ewing, sarcoma sinovial). El espacio de Bogros es un área triangular extraperitoneal de transición entre el abdomen y el muslo, limitado por la fascia ilíaca, la fascia transversalis y el peritoneo parietal, y está constituido por tejido celuloadiposo laxo. El desarrollo de la cirugía laparoscópica prostática y herniaria han

2019 Diciembre, 9(1): 2-4

revitalizado a éste espacio y con ello, la aparición de complicaciones como hematomas, seromas, granulomas de suturas<sup>3</sup>, que emergen a modo de diagnósticos diferenciales, así como también, la presencia de diversas colecciones<sup>5</sup> (pus, orina, linfa, fluidos pancreáticos).

El tratamiento consiste en la resección total del tumor con márgenes de seguridad libres de enfermedad, asumiendo la existencia de barreras anatómicas (aponeurosis, periostio y perineuro) que pueden atentar contra este fin<sup>6</sup>. Puede ser necesaria la extirpación total de la pared abdominal debido al escaso grosor de los tejidos blandos a ese nivel, provocando defectos anatómicos que plantean un desafío reconstructivo<sup>1</sup>. El uso de mallas permite una adecuada cobertura tisular y optimiza el resultado estético y funcional de la pared abdominal<sup>4</sup>. Las transposiciones y colgajos musculares no se recomiendan porque podrían enmascarar una potencial recidiva<sup>6</sup>.

La invasión local se produce a lo largo de nervios, vasos y fascias, a expensas de una pseudocápsula que forma el tumor y que contiene células tumorales<sup>1</sup>. La diseminación hematogena ocurre en pulmones, hígado<sup>1</sup> y huesos<sup>3</sup>. Las metástasis en ganglios linfáticos son infrecuentes<sup>3</sup>, por lo que la linfadenectomía no está indicada<sup>1</sup>.

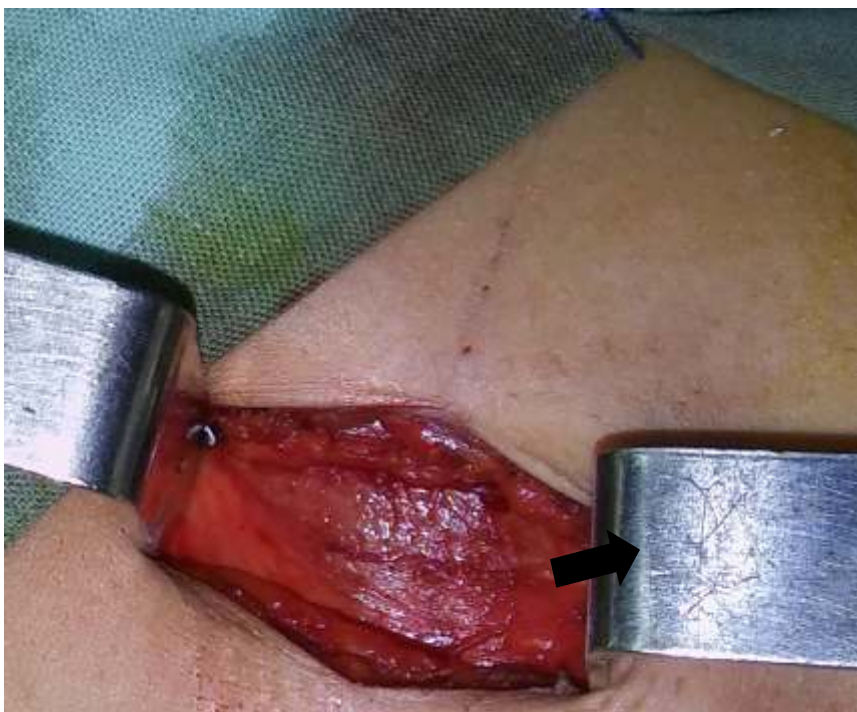
La radioterapia presenta resultados promisorios, con descensos del 40% al 10% de recidivas en pacientes sometidos a cirugía conservadora<sup>4</sup>. La quimioterapia cumple un rol paliativo en enfermedad avanzada, citorreducción tumoral, eliminación de micrometástasis y en retrasar la recurrencia<sup>6</sup>.

La reaparición de la enfermedad ocurre en el 40% al 60% de los casos. El 95% de las recaídas se dan en los primeros 5 años de seguimiento y alrededor del 70%-80% de las recidivas locales ocurren en los primeros 2 a 3 años del tratamiento inicial<sup>6</sup>. Examen clínico e imágenes están indicados cada 3 meses durante los 2 primeros años de seguimiento<sup>4</sup>.

El Leiomioma es un tumor infrecuente, de presentación clínica inusual, que requiere de un alto nivel de sospecha diagnóstica; también un pronóstico ominoso, de no mediar tratamiento quirúrgico electivo, el cual se erige como terapéutica goldstandard<sup>4</sup>.

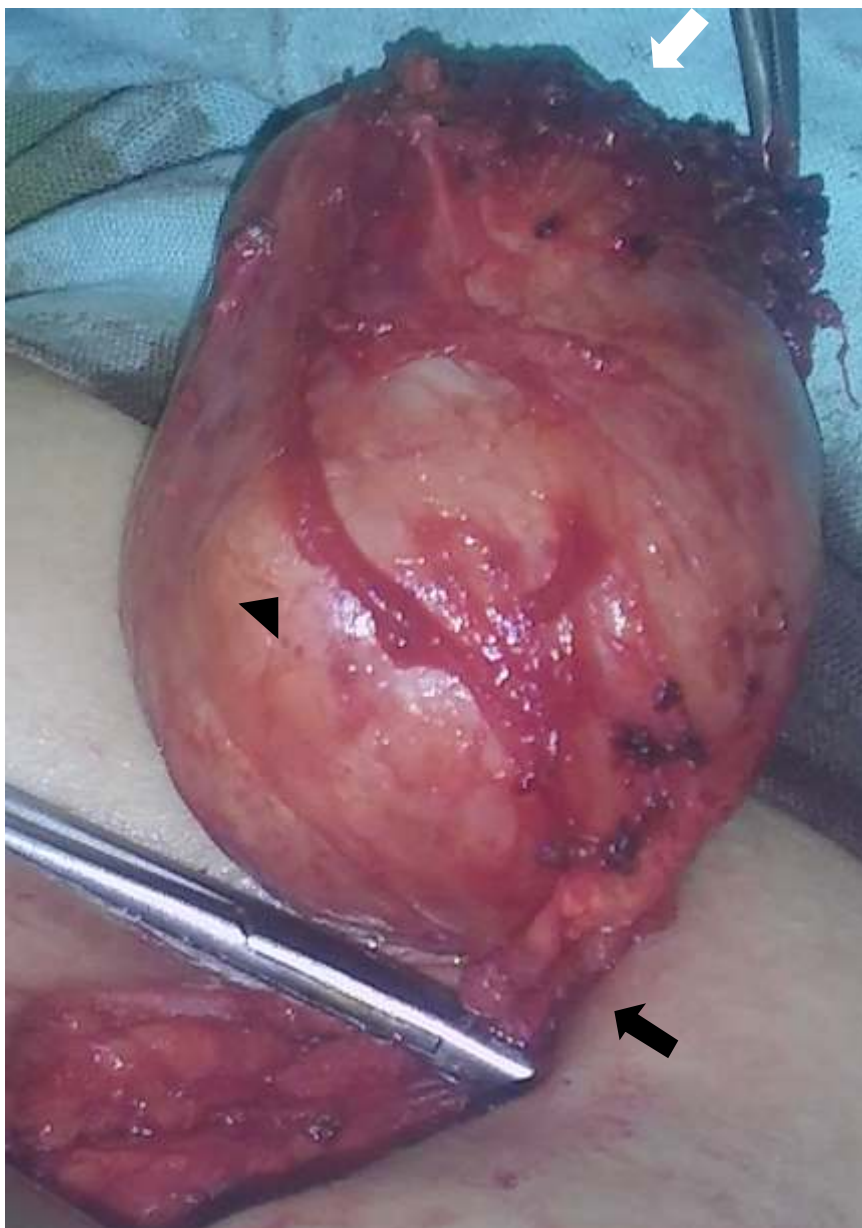
## Referencias

1. Falco JE. Sarcomas de partes blandas. In: Ferraina P, Oría A, eds. Cirugía de Michans. Buenos Aires: El Ateneo; 2010:1017-1022.
2. Agresta F, De Simone P, Michelet I, Bedin N. Retroperitoneal Leiomyosarcoma Mimicking Acute Appendicitis: Laparoscopic Management. JLS. 2003;7:177-179.
3. Machado I, Cruz J, Lavernia J, Carbonell F. Lesiones ocupantes de espacio en pared abdominal (no herniaria). La visión del patólogo. Rev Hispanoam Hernia. 2015;3(3):85-94.
4. Quildrian SD, Llanos A. Sarcomas de partes blandas. In PROACI. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016:73-111.
5. Richards T, Loreface C. Supuración En El Espacio Retroinguinal: Correlato Anatomoclínico. Rev. Arg. Anat. Onl. 2014; 5(2):67-70.
6. Campos J, Llombart B, Estevan R, Carbonell F. Tratamiento quirúrgico de los tumores de la pared abdominal. Rev Hispanoam Hernia. 2015;3(3):107-113.

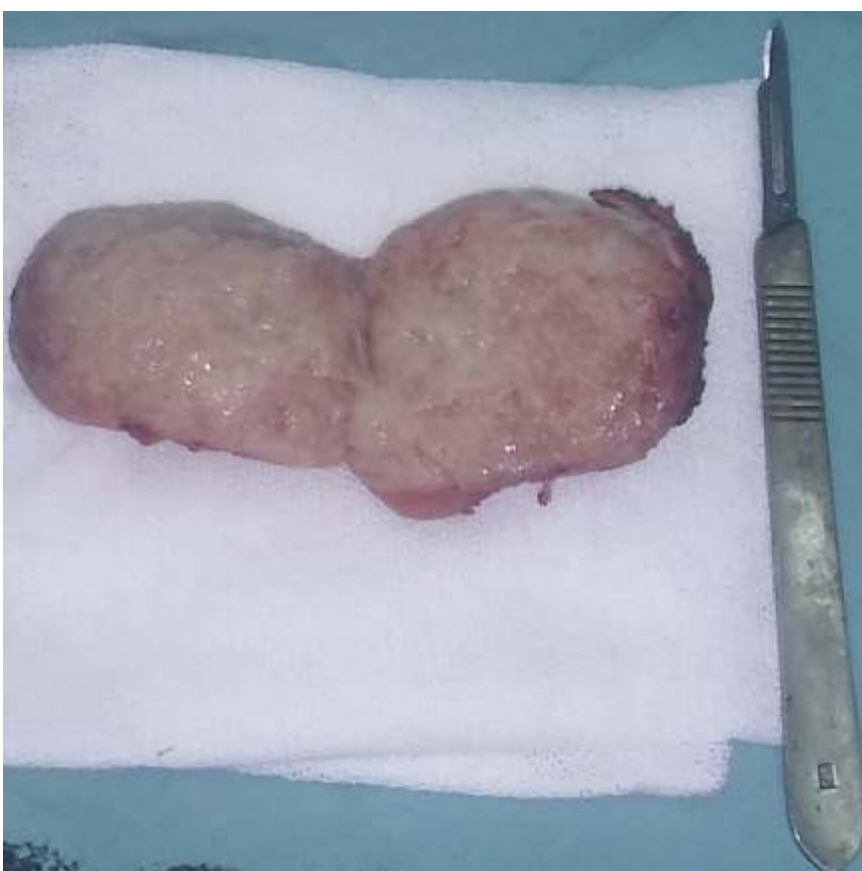


1A. Espacio de Bogros con impronta tumoral en el tejido preperitoneal (flecha negra)

2019 Diciembre, 9(1): 3-4



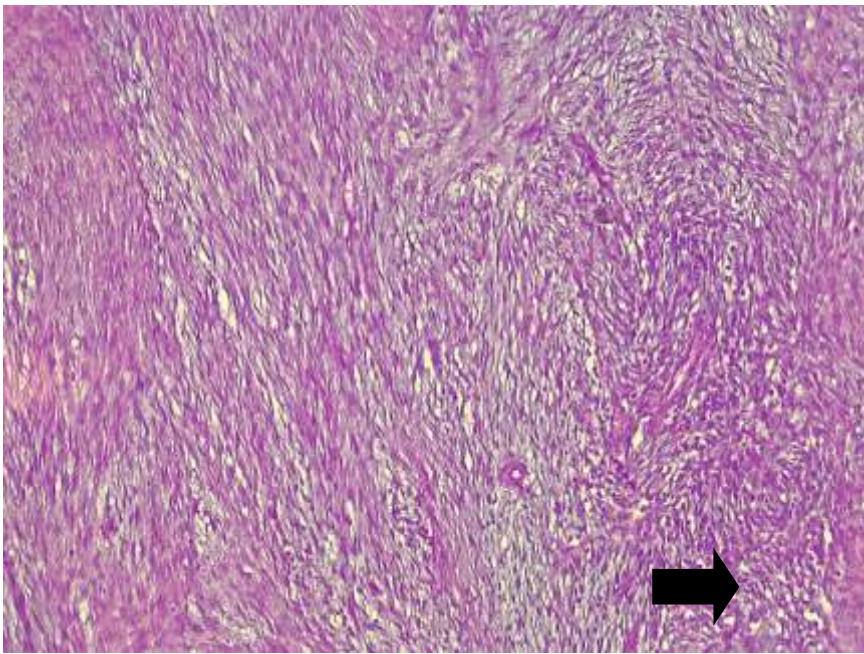
1B. Formación tumoral con pedículo (flecha negra), pseudocápsula vascularizada (cabeza de flecha negra) y compromiso del músculo iliaco (flecha blanca)



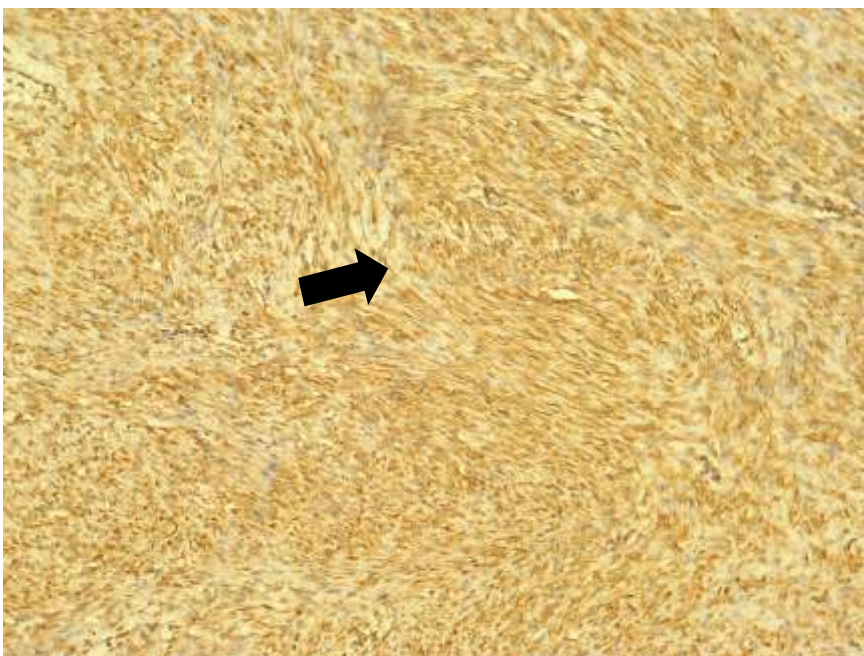
1C. Pieza operatoria



2019 Diciembre, 9(1): 4-4



2A. Diagnóstico histológico, proliferación fusocelular con pleomorfismo nuclear (flecha negra). Hematoxilina-Eosina



2B. Diagnóstico histológico, lesión hipercelular con pleomorfismo variable (flecha negra). Inmunomarcación con Vimentina 40X