
Leiomioma esofágico: resección por videotoracoscopia. A propósito de un caso

Oesophageal leiomyoma: VATS (Video-assisted Thoracic Surgery) resection. A case report

W. Torre Buxalleu, A. Tamura Ezcurra, A. Fernández Jou

RESUMEN

Los leiomiomas son los tumores benignos más frecuentes del esófago. Los síntomas más frecuentes son la disfagia y el dolor epigástrico, aunque un 50% de los pacientes permanecen asintomáticos y el tumor a veces se descubre por casualidad. Se presenta un caso de leiomioma esofágico con énfasis en el procedimiento quirúrgico por videotoracoscopia. Tradicionalmente, el tratamiento de elección es la enucleación transtorácica. En este estudio presentamos nuestra experiencia con un abordaje mínimamente invasivo.

Palabras clave. Leiomioma esofágico. Videotoracoscopia. Cirugía vídeoasistida.

ABSTRACT

Leiomyomas are the most common benign tumours of the oesophagus. The most frequent symptoms are dysphagia and epigastric pain, although 50% of patients remain asymptomatic and the tumour is sometimes discovered incidentally. We report a case of oesophageal leiomyoma with emphasis on the operative management by VATS. Traditionally, operative management by transthoracic enucleation is the procedure of choice. In this study we present our experience using a minimally invasive approach.

Key words. Oesophageal leiomyoma. VATS. Video-assisted surgery.

An. Sist. Sanit. Navar. 2012; 35 (2): 335-338

Departamento de Cirugía Torácica
Clínica Universidad de Navarra
Pamplona

Recepción: 1 de marzo de 2012
Aceptación provisional: 28 de marzo de 2012
Aceptación definitiva: 18 de abril de 2012

Correspondencia:

Wenceslao Torre Buxalleu
Departamento de Cirugía Torácica
Clínica Universidad de Navarra
Avenida Pío XII, 36
31008 Pamplona
E-mail: wtorre@unav.es

INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas son los tumores benignos más frecuente del esófago¹. Su hallazgo, aunque frecuentemente casual, plantea dilemas tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico. Planteamos a continuación el caso de un paciente, así como la solución quirúrgica y las ventajas claras de un abordaje mínimamente invasivo.

CASO CLÍNICO

Varón de 43 años, previamente sano y asintomático, que acude al servicio de Cirugía Torácica al objeto de completar el estudio de una tumoración de mediastino medio identificada en un estudio rutinario (Fig. 1).

En el estudio faringo-esofágico, tras la administración de contraste baritado, se aprecia una estenosis de unos 3 cm de longitud en el tercio medio del esófago de contornos bien definidos y que reduce la luz esofágica en un 50%. Estos hallazgos son compatibles con un proceso compresivo extrínseco (Fig. 2).

Se efectúa videotoroscopia derecha por tres vías. Se identifica la presencia de una tumoración en mediastino medio a nivel de la vena álgica (cefálica a dicha vena), móvil, dura, sin ad-

herencias a las estructuras anexas. Se inicia la disección efectuando apertura de la pleura medias-tínica y separando la tumoración de lo que parecen fibras musculares del esófago (esto último se realiza mediante gancho de videotoroscopia y bisturí eléctrico). De esta manera se enuclea la tumoración que mide aproximadamente unos 3 cm de diámetro. En su borde profundo se identifica la mucosa esofágica en la que se efectúa comprobación de la estanqueidad de la misma.

La evolución postoperatoria transcurrió sin incidencias, siendo dado de alta al paciente a las 48 horas. En la revisión realizada a los 6 meses de la cirugía, el paciente se encontraba asintomático realizando una vida totalmente normal, sin disfagia ni clínica de reflujo gastroesofágico, afebril y con pruebas de función respiratorias normales.

El informe anatomopatológico del fragmento fue diagnosticado como leiomioma esofágico. Macroscópicamente presentaba un tamaño de 5 cm, forma irregular, superficie polilobulada, y con una cierta tendencia a formar remolinos. Al microscopio, se observa la tumoración constituida por haces de fibras musculares lisas fuertemente positivas con anti-actina, de disposición multidireccional, sin atipias celulares ni mitosis. De vez en cuando aparece material amorfo hialino, en forma de gotas irregularmente distribuidas.



Figura 1. TAC torácica del paciente, en el que se visualiza la lesión en el mediastino medio.



Figura 2. Esófagograma en el que se objetiva la lesión a nivel del tercio medio esofágico con bordes muy nítidos.

DISCUSIÓN

El leiomioma es el tumor benigno más frecuente del esófago. No obstante, no llega al 1% de los tumores en esta localización¹. Su diagnóstico diferencial debe establecerse con los tumores del estroma gastrointestinal y otros tumores benignos. Principalmente se presenta como una masa intramural solitaria de forma ovalada que se origina en la muscular propia, en forma alargada, anular, en herradura o en espiral, rodeando la pared del esófago². La mayoría se desarrollan en el tercio inferior del esófago³.

Los primeros síntomas, disfagia en el 47,5% de los pacientes, dolor epigástrico (45%), ardor retroesternal (40%) y pérdida de peso (24%), suelen aparecer cuando el diámetro del tumor se hace más grande que el punto crítico, entre 4,5 y 5 cm⁴. Los pacientes también pueden presentar síntomas respiratorios, como la infección en tórax y disnea. Al mismo tiempo existen complicaciones descritas de asfixia por leiomioma esofágico⁵. A pesar de que la malignización del leiomioma a leiomiomasarcoma es poco frecuente no ha de ser ignorada y está recomendada su resección quirúrgica⁶.

La biopsia preoperatoria del tumor es un tema de debate ya que puede provocar una fuga esofágica o fistula con un riesgo de mediastinitis potencial. Por otra parte, en muchos casos, la aspiración con aguja fina no permite proporcionar suficiente material para establecer un diagnóstico histopatológico preciso. El alto riesgo de complicaciones en combinación con el beneficio para el paciente hace que no sea recomendable llevar a cabo este procedimiento de diagnóstico⁷.

En nuestro centro, se efectúa tratamiento quirúrgico por videotoracoscopia. La resección mínimamente invasiva de tumores benignos del esófago es técnicamente segura y se asocia con un menor tiempo de estancia en comparación con los enfoques abiertos^{8,9}. De esta forma se obtiene: a) una menor tasa de hospitalización; b) una menor incomodidad para el paciente; c) una rápida y completa re-expansión del pulmón¹⁰.

La videotoroscopia fue el tratamiento a seguir en este caso y aportó al paciente ventajas con respecto al dolor postoperatorio, la rápida recuperación y sin las complicaciones pulmonares asociadas a diferencia que otros tratamientos más invasivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. MUTRIE CH, DONAHUE DM, WAIN JC, WRIGHT CD, GAISSERT HA, GRILLO HC. Esophageal leiomyoma: A 40-year experience. *Ann Thorac Surg* 2005; 79: 1122-1125.
2. LOVISCEK LF, YUN JH, PARK YS, CHIARI A, GRILLO C, CENOZ MC. Leiomioma de esófago. *Cir Esp* 2009; 85: 147-151.
3. XU GQ, ZHANG BL, LI YM, CHEN LH, JI F, CHEN WX, CAI SP. Diagnostic value of endoscopic ultrasonography for gastrointestinal leiomyoma. *World J Gastroenterol* 2003; 9: 2088-2091.
4. PUNPALE A, RANGOLE A, BHAMBHANI N, KARIMUNDACKAL G, DESAI N, DE SOUZA A et al. Leiomyoma of esophagus. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 13: 78-81.
5. SEREMETIS MG, LYONS WS, DE GUZMÁN VC, PEABODY JW. Jr. Leiomyomata of the esophagus. An analysis of 838 cases. *Cancer* 1976; 38: 2166-2177.
6. OBEIDAT FW, LANG RA, LÖHE F, GRAEB C, RIST C, JAUCH KW et al. Esophageal leiomyomatosis combined with intrathoracic stomach and gastric volvulus. *JSLs* 2009; 13: 425-429.
7. ASTERIOU C, KONSTANTINOU D, LALOUNTAS M, KLEONTAS A, SETZIS K, ZAFIRIOU G et al. Nine years experience in surgical approach of leiomyomatosis of esophagus. *World J Surg Oncol* 2009; 7: 102.
8. ZANINOTTO G, PORTALE G, COSTANTINI M, RIZZETTO C, SALVADOR R, RAMPADO S et al. Minimally invasive enucleation of esophageal leiomyoma. *Surg Endosc* 2006; 20: 1904-1908.
9. KENT M, D'AMATO T, NORDMAN C, SCHUCHERT M, LANDRENEAU R, ALVELO-RIVERA M et al. Minimally invasive resection of benign esophageal tumors. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 134: 176-181.
10. PRIEGO P, LOBO E, ALONSO N, GIL OLARTE MA, PÉREZ DE OTEYZA J, FRESNEDA V. Surgical treatment of esophageal leiomyoma: an analysis of our experience. *Rev Esp Enferm Dig* 2006; 98: 350-358.