

1990

1990

21



LEIOMIOMA DE ESOFAGO PRESENTACION DE UN CASO

Benítez Pérez, Gustavo* - Mata Benítez, Alfredo** - Norero Carcovik, Raul* - Maquilarena Scarton, Rodolfo*
Fernández Castro, Carlos Felipe* - Bruni Tortoledo, María Eugenia***

Palabras Claves: Leiomioma - Tumor Benigno de Esófago

SUMMARY

This case report a 36 years old man with ESOPHAGIAL LEIOMYOMA, without sign-simptomatology; transabdominal enucleation of the tumor by splitting off the muscular layer of the esophagus and avoidance of the mucosa. Postoperative was satisfactory and endoscopy control at 6 weeks is normal.

50% son asintomáticos y entre sus síntomas más comunes debemos señalar el dolor torácico difuso y de disfagia. Su relación hombre/mujer es aproximadamente 2/1.

En Venezuela, el primer caso del cual tenemos referencia fue publicado por el Dr. Carlos Travieso en el año 1973.⁸

RESUMEN

Se reporta un caso de LEIOMIOMA DE ESOFAGO en un paciente masculino de 36 años, asintomático. El diagnóstico se hizo por estudio radiológico y esófagogastroduodenoscopia. Se practicó enucleación digital de la lesión mediante un abordaje abdominal. La evolución postoperatoria es satisfactoria y el control endoscópico a las seis semanas es normal.

CASO CLINICO

Paciente JJGM de 36 años de edad, masculino, natural de Carúpano, Estado Sucre, y procedente de Puerto La Cruz, Estado Anzoátegui, de profesión ingeniero, asintomático, a quien en un examen médico anual de despistaje en la compañía donde trabaja, se le encontró en el estudio radiológico de esófago una imagen de defecto de repleción gande, de siete (7) por tres (3) centímetros, de forma ovoidea, localizada en su extremo inferior (Figuras Nos. 1 y 2).

La esófagogastroduodenoscopia evidenció en el extremo inferior del esófago, a 38 cm de la arcada dental, disminución del calibre de la luz por lesión mamelonante que sobresale hacia ella, cubierta de una mucosa de características normales, y de la cual se tomaron varios fragmentos para estudio histológico. La disminución de calibre se franqueó sin dificultad, observándose un estómago, bulbo duodenal y segunda porción del duodeno normales.

Hacemos énfasis, de nuevo, en que nuestro paciente era totalmente asintomático.

INTRODUCCION

El leiomioma (LM) es el tumor benigno más frecuente de esófago, pero aún así, su incidencia es rara. Más del cincuenta por ciento (50%) de ellos se encuentran en esófago distal, y representan aproximadamente del 15% al 20% de los LM localizados en el tracto digestivo superior. Más del

* De la Cátedra Servicio de Cirugía III del Hospital Universitario de Caracas, Escuela "Luis Razetti"
** Del Instituto Clínico "La Florida". Profesor Jubilado de Clínica Gastroenterológica de la Escuela J.M. Vargas"
*** Anatomopatólogo del "Instituto Diagnóstico", Caracas, Jefe de la Cátedra Servicio de Cirugía III: Dr. Antonio París P.

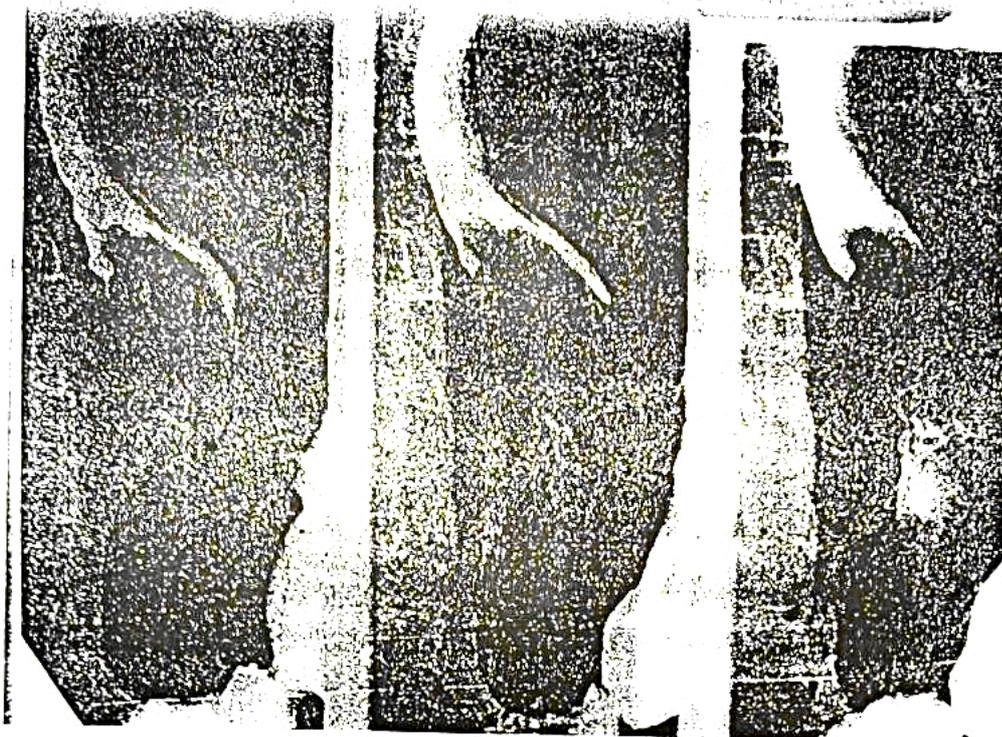


Figura 1: Estudio radiológico de esófago con defecto de repleción en tercio distal.

TRATAMIENTO

Se realizó laparotomía media supraumbilical, disección de la unión gastroesofágica y del esófago, y digitalmente del hiato esofágico, logrando palpar la masa de aproximadamente 7 cms en su eje mayor, a nivel del esófago inferior, se descendió con maniobras digitales a través del hiato, y se practicó enucleación de la masa tumoral, que mantenía bordes precisos y bien circunscritos, sin causar daño a la mucosa, cerrando directamente el defecto muscular, utilizando ácido poliglicólico calibre 000 a puntos separados.

ANATOMIA PATOLOGICA

Estudio macroscópico: masa ovoide que mide 7 x 3 x 3 cms en sus ejes mayores, la superficie externa es parda e irregular, el corte es de consistencia firme y se aprecia un nódulo ovoide bien delimitado, con una superficie de corte blanca brillante. (Figura 3).



Figura 2: Esófagograma que muestra lesión ovoide en esófago inferior

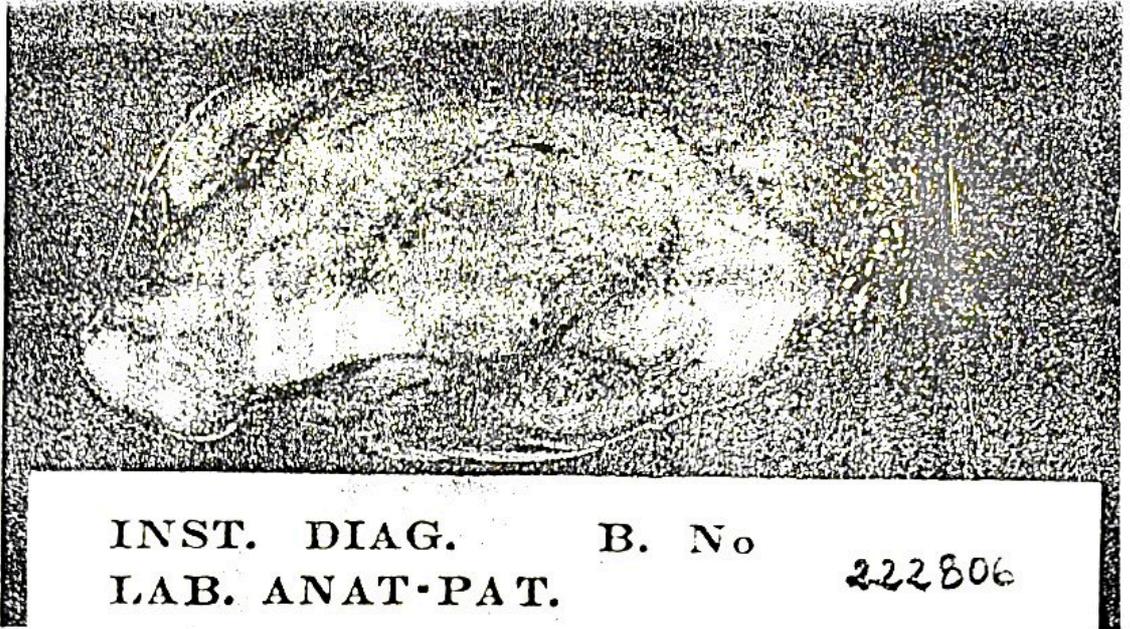


Figura 3: Vista macroscópica del tumor.

INST. DIAG. LAB. ANAT-PAT.

B. No

222806



Figura 4: Estudio macroscópico de la lesión.

Al microscopio, los cortes de la lesión nodular muestran que está constituida por haces de células fusiformes con los núcleos ovoides y regulares, y citoplasma acidófilo. Las células se disponen alrededor de los capilares sanguíneos en un patrón indiferente, no se ven atipias celulares ni se aprecian figuras de mitosis. Diagnóstico: LEIOMIOMA SUBMUCOSO DEL ESOFAGO. (Figura 4).

DISCUSION

La forma de presentación de nuestro paciente fue subclínica, asintomático, como en la mayoría de los casos. De existir sintomatología, las quejas más comunes son: disfagia¹ y menos frecuentemente odinofagia.⁶ El dolor, cuando está presente, es mal definido e inespecífico, localizado en el área precordial.²

sangramiento gastrointestinal

El diagnóstico se hace habitualmente por métodos paraclínicos:

- 1) Rx de Tórax PA y lateral.
- 2) Estudio baritado de esófago.
- 3) Esófagogastroduodenoscopia.
- 4) Tomografía Axial Computarizada.
- 5) Ultrasonografía Endoscópica⁵

Según Mureta⁵ la localización del LM en la pared esofágica tuvo 97% de positividad en 29 casos, por ultrasonografía endoscópica.

La conducta quirúrgica depende del tamaño, localización, fijación a la mucosa y de las adherencias a estructuras anatómicas contiguas. El procedimiento quirúrgico más aceptado es la enucleación de la lesión, seguido del cierre directo de la pared muscular, siendo realizada por vía abdominal o torácica. Nuestro caso fue abordado por vía abdominal. El otro caso publicado anteriormente en la literatura nacional,⁸ igualmente localizado en tercio distal de esófago, fue abordado por una toracotomía posterolateral izquierda a nivel del octavo espacio intercostal.

La resección es hecha bajo las siguientes circunstancias²:

- 1) Tumor de más de 8 cms de longitud.
- 2) Anular.
- 3) Densamente adherido a la mucosa.
- 4) Extenso daño accidental a la pared esofágica.

La mortalidad de la enucleación es aproximadamente 2% y de la resección 11%.

Se pueden utilizar colgajos musculares cuando el defecto de la muscular del esófago es muy grande; Fujita¹ utiliza colgajos de Latissimus Dorsi, tal como reporta en un caso de 11,5 x 5 cms que ocupaba la mitad de la circunferencia esofágica, con buena evolución.

realizó resección esofágica distal y gástrica proximal, con gastroplastia tipo Collis y funduplicación de Nissen para protección de reflujo.

Kramer⁴ utilizó interposición colónica con buena evolución en seis años.

Nuestro caso fue sometido a control endoscópico a las 6 semanas, donde se franqueó sin dificultad el tercio distal de esófago. No presentando a posteriori ninguna sintomatología.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FUJITA H., YOSHIMURO, Y., SHIROZU, U.: A Latissimus Dorsi Muscle Flap Used for Repair of the Esophagus after Enucleation of a Giant Leiomyoma. A case report. JPN J Surg 18(4): 466-4, Jul 1988.
2. GALLINGER S., STEINHARDT, M. GOLDBERG: Giant Leiomyoma of the Esophagus. AME J Gas 78(11), 1983.
3. GUTIERREZ, M., TRIGO, D., BUENO A., SOUSA, R.: Tumores Benignos de Esófago: Leiomioma Esofágico. REV ESP ONCOL 32(2): 307-14, 1985.
4. KRAMER, M., GIBB, S., ELLIS, F.: Giant Leiomyoma of the Esophagus. J SUR ONCOL 33(3): 166-169, Nov 1986.
5. MARUTA, Y., YOSHIDA, M., AKIMOTO, S. Evaluation of Endoscopic Ultrasonography for the Diagnosis of the Esophagus. Sur Endos 2(2): 51-81.
6. SEREMETIS, M., DE GUZMAN, V., PEABODY, J.: Leiomyomata of the Esophagus (An Analysis of 838 cases). Cancer 38: 2165-2177, 1976.
7. STADLER, J., BARATZ, M., WIZNITZER T.: Giant Leiomyoma of the Esophagus, as a Cause for Gastrointestinal Bleeding. J. Clin Gas 9(5): 618-625, 1985.
8. TRAVIESO, C., GARCIA UROSA, A.: Leiomioma del Esófago. Gaceta Médica de Caracas. Año LXXXI N° 7-8: 351-354, 1973.