

Revista Médica del Hospital General de México

Volumen
Volume **65**

Número
Number **1**




Enero-Marzo
January-March **2002**

Artículo:




Hemangioma del esófago

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Sociedad Médica del Hospital General de México, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com



Hemangioma del esófago

Vicente B Cerecedo Cortina,* Jorge Escotto Velázquez**

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente con una hernia del hiato esofágico, al cual se le detectó además una tumoración en la unión esofagogástrica al ser estudiado mediante endoscopia. Durante el tratamiento quirúrgico de la hernia hiatal se practicó gastrostomía y se extirpó el tumor diagnosticado por endoscopia, al estudiarlo histológicamente resultó un hemangioma, éste es una tumoración benigna, poco frecuente. Veinte años después se volvió a practicar esofagoscopia sin que se encontraran datos patológicos.

Palabras clave: Hernia hiatal, tumores de esófago, hemangioma, esofagoscopia.

ABSTRACT

In this paper, we present briefly the medical record of a patient who suffered of esophagic hiatus hernia, when he was endoscopically examined, at the esophagic gastric union, we observed a small tumor. When this patient was treated surgically, through gastrostomy the esophageal tumor was easily removed. histologically, the tumor was hemangioma, rare benign tumor of the esophagus. Twenty years after of the first endoscopy, we observed a normal esophagus.

Key words: Esophagic hiatus hernia, tumors of the esophagus, hemangioma, endoscopy.

INTRODUCCIÓN

Dada la rareza de los hemangiomas del esófago y la gravedad de las hemorragias que puedan originar, se juzgó conveniente presentar este informe relacionado con un paciente diagnosticado y tratado hace veinte años, y vuelto a examinar con endoscopia recientemente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El 24 de septiembre de 1980 fue estudiado un paciente masculino de 48 años, originario de Michoacán, dedicado a soldadura y reparación de muelles de automóviles. Antecedente de alcoholismo intenso diario desde dos años antes. Su padre falleció por hepatocarcinoma.

En 1975, principió a tener pirosis, dolor epigástrico fijo, frecuente, moderado, no calmaba con los alimentos, aumentaba con los disgustos e ingestión de irritantes, no tenía horario regular para tomar sus alimentos, taquifagia, tensión emocional e ingestión de alcohol. El dolor calmaba con cimetidina. Adelgazó 10 kg en 10 años. En la exploración física se encontró un paciente de 1.72 m de estatura, peso de 80 kg, frecuencia respiratoria de 22 por minuto, frecuencia cardiaca de 72 por minuto, presión arterial 130/90 mm Hg, constitución tendiente a brevilíneo, con algunas caries obturadas, cuello y tórax sin alteraciones. Abdomen con panículo adiposo de 4 cm, a la palpación profunda sólo dolor medioepigástrico. Hígado y bazo de tamaño y forma normales. Los exámenes de laboratorio: citología hemática, examen de orina, química sanguínea de 12 elementos, tiempos de coagulación, sangrado y protrombina normales. Coproparasitoscópicos con huevecillos de tricocéfalos.

Se realizó esofagogastroduodenoscopia en la que se encontraron: cardias insuficiente. Unión eso-

* Servicio de Medicina Interna Pab. 108. Hospital General de México (HGM), O.D.

** Servicio de Gastroenterología, HGM.

fagagástrica a 39 cm de los incisivos. Sobre la unión esofagagástrica se observó una tumoración ligeramente abollonada, cubierta con mucosa esofágica sin alteraciones. Reflujo gastroesofágico importante. Cavidad gástrica con capacidad normal. Pliegues edematosos y congestionados. Antro pilórico con calibre y movimientos normales. Píloro circular, permitió observar el duodeno sin alteraciones. *Diagnósticos endoscópicos*: Cardias insuficiente. Tumor de unión esofagagástrica (*Figura 1*). Gastritis crónica.

Intervención quirúrgica

Con el paciente bajo anestesia general, se practicó incisión media supraumbilical por planos hasta peritoneo, hemostasia y ligadura de vasos sangrantes. Apertura de peritoneo. Corte de ligamento triangular izquierdo del hígado. Liberación de esófago. Gastrostomía media alta. A través de la incisión de estómago se alcanzó la tumoración de unión esofagagástrica, se ligó en su base y se extirpó. Cierre de estómago con doble surgete. Cierre de los pilares del hiato esofágico. Funduplicación. Cierre por planos de la pared abdominal.

Estudio histológico del tumor extirpado: Hemangioma del esófago (*Figura 2*).

Postoperatorio: Sin incidentes

Curso del padecimiento: No se han presentado pirosis, ni dolor epigástrico. El 11 de agosto de 2000 se repitió la esofagogastroscofia, sin que se observaran datos anormales y sin que se pudiera identificar el sitio en que fue extirpado el hemangioma.

DISCUSIÓN

Por la escasa frecuencia de los hemangiomas del esófago^{1,2} se consideró importante referir el caso de este paciente. Los hemangiomas representan menos del 3% de los tumores benignos del esófago.

Los hemangiomas del esófago se han estudiado como parte del síndrome de Rendu-Osler-Weber, en el que coinciden con hemangiomas de la piel, estómago, colon, recto, nariz, pulmón e incluso en el sistema nervioso central, los cuales se han diagnosticado mediante resonancia magnética nuclear. Otros pacientes pueden ser diagnosticados cuando los hemangiomas se observan como un hallazgo en una laparotomía exploradora o terapéutica.

Si los hemangiomas están situados en la parte alta del esófago o en la faringe existe la posibilidad de obstrucción de vías respiratorias o de simular

“globo histérico”, si están en el tercio inferior del esófago, se confunden con acalasia, incluso con el empleo de radiología o endoscopia; un recurso diagnóstico más preciso es la resonancia magnética nuclear o la ultrasonografía endoscópica.

El diagnóstico se hace con placas radiográficas tomadas con medio de contraste de bario o exámenes endoscópicos; aunque dadas las condiciones de tumor blando, estos estudios no permiten detectarlos. A mayor abundamiento, las biopsias pueden tomar sólo el recubrimiento del tumor con mucosa sana, el resultado también da una inter-

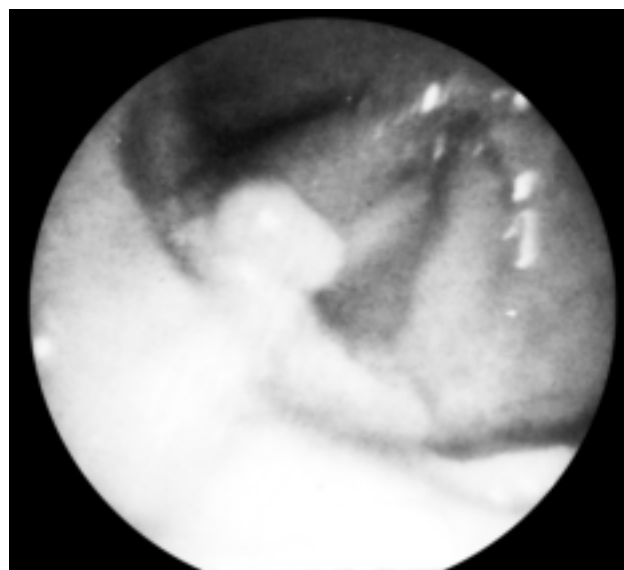


Figura 1. Esofagogastroscofia que muestra los pliegues gástricos en la mitad superior y la tumoración (hemangioma del esófago) en la unión esofagagástrica.

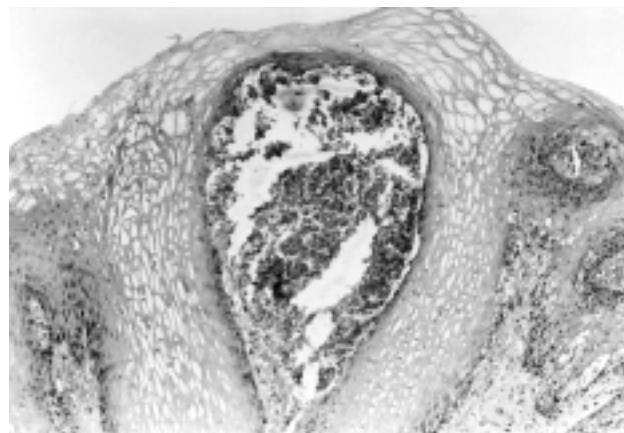


Figura 2. Microfotografía del hemangioma.

pretación equivocada. Estas circunstancias, aunadas a su poca frecuencia, aumentan el interés para detectar este tipo de tumores. La toma de biopsias del espesor de la neoplasias implica un gran riesgo por su vascularización importante.

En 1996, en una revisión de la literatura sobre el tema, Taylor, Fowler, Betsill y Marroum encontraron menos de cien pacientes con hemangioma esofágico. Lo importante es que tanto en el caso de Taylor y colaboradores, como en los otros pacientes de los que informa la literatura médica, el diagnóstico se hizo ante la urgencia de una hemorragia masiva.

Para el tratamiento de los hemangiomas del esófago se han propuesto diversos procedimientos como la esofagectomía o los tratamientos endoscópicos, extirpándolos por medio de aplicación de ligas, con el asa de polipectomía o tratándolos previamente con inyecciones esclerosantes y de vasoconstrictores, después extirpándolos con el asa de polipectomía.

En el paciente estudiado, la intervención quirúrgica se realizó con el fin de tratar una hernia hiatal sintomática y, al mismo tiempo, extirpar una tumoración situada a la altura de la unión gastroesofágica, diagnosticada por endoscopia, la cual, mediante el estudio histológico, resultó ser un hemangioma, con lo que se previno una hemorragia difícil de tratar, por ser un tumor muy vascularizado. La intervención quirúrgica fue exitosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Livinstone EM, Skinner DB. Tumores del esófago. Bockus HL, Berk JE et al. *Gastroenterología*. Tomo II. Cap 60. 4a ed. Barcelona: Salvat Editores, 1987; 942.
2. Millán TJ. Cavernous hemangioma of the oesophagus. *Rev Esp Enf Dig* 1990; 78: 89-91.
3. Konstantakos AK, Douglas WI, Abdul-Karim FW, Lee JH, Geha AS. Arteriovenous malformation of the esophagus disguised as a leiomyoma. *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 1798-1800.
4. Hashimoto Y, Uyama, Ikeda T, Ueyama H, Araki S. Rendu-Osler-Weber syndrome presented paramedian thalamic and midbrain infarcts and primary medullary hemorrhage: A case report. *Rinsho-Shinkeigaku* 1989; 29: 475-482.
5. Wunschmann H, Schentke Ku, Dokert SB, Kobe E. Vascular anomalies of the gastrointestinal tract, an unusual case of multiple intra-abdominal hemangiomas. *Dtsch-Z-Verdau-Stoffwechselkr* 1987; 47: 294-300.
6. Yoshikane H, Suzuki T, Yoshioka N, Ogawa Y, Ochi T, Hasegawa N. Hemangioma of the esophagus: Endosonographic imaging and endoscopic resection. *Endoscopy* 1995; 27: 267-269.
7. Hovelman B, Pau WH. Diagnostic difficulties in benign hypopharyngeal tumors. Demonstrated by a case example of pedicled angiolipoma. *Laryngorhinootologie* 1991; 70: 239-242.
8. Taylor FH, Fowler FC, Betsill WL Jr, Marroum MC. Hemangioma of the esophagus. *Ann Thor Surg* 1996; 61: 726-728.

Dirección para correspondencia:

Dr. Vicente B Cerecedo Cortina
Orizaba 187
Col. Roma
06700 México, D.F.