

Cirujano General

Volumen
Volume **24**

Número
Number **3**




Julio-Septiembre
July-September **2002**

Artículo:




Leiomioma del esófago: A propósito de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

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

Leiomioma del esófago: a propósito de un caso

Leiomyoma of the esophagus: Apropos of one case

Dr. Roberto Pérez García,*

Dr. Fernando Solórzano Trelles,

Dr. Jacobo Choy Gómez

Resumen

Objetivo: Describir el caso de un paciente con leiomioma de esófago.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Diseño: Informe de un caso clínico.

Descripción del caso: Paciente masculino de 51 años de edad, con antecedente de enfermedad ácido-péptica desde los 20 años tratado con antiácidos en forma empírica, con padecimiento de dos años de duración caracterizado por disfagia no selectiva, piro-sis, dolor retroesternal y regurgitación, así como pérdida de peso de dos kilos.

Los exámenes de laboratorio como la biometría hemática, la química sanguínea, las pruebas funcionales de hígado y el examen general de orina dentro de los límites normales y/o negativos; la serie gastroduodenal, la endoscopia y el ultrasonido endoscópico compatibles con presencia de leiomioma de tercio medio de esófago. Se intervino quirúrgicamente por toracotomía derecha; se hizo enucleación del tumor que medía 4 x 3 cm, evolucionó satisfactoriamente. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de leiomioma de esófago. Actualmente, a 12 meses de su tratamiento, se encuentra asintomático, el estudio de esofagograma demuestra pequeña muesca a nivel de la extirpación del tumor y la endoscopia es normal.

Conclusión: El tratamiento definitivo es la enucleación del tumor por toracotomía o toracoscopia.

Abstract

Objective: To describe the case of a patient with a leiomyoma of the esophagus.

Setting: Third level health care hospital.

Design: Report of one case.

Description of the case: A man, 51 years old, with acid-peptic disease antecedents since the age of 20, treated empirically with antiacids, with disease symptoms for two years characterized by non-selective dysphagia, pyrosis, retrosternal pain and regurgitation, and weight loss of 2 kg. Laboratory tests, such as blood tests, hepatic functional tests, and general urine test, were within normal ranges or negative. The gastroduodenal series, endoscopy, and endoscopic ultrasound were compatible with the presence of a leiomyoma in the middle third of the esophagus. He was subjected to surgery through right thoracotomy, enucleating the tumor (4 x 3 cm), and evolved satisfactorily. The histopathologic study confirmed the diagnosis of leiomyoma of the esophagus. At present, 12 months after surgery, the patient is asymptomatic, and the esophagogram study revealed a small indentation at the site of tumor extirpation, endoscopy was normal.

Conclusion: Definitive treatment consists of enucleation of the tumor through thoracotomy or thoracoscopy.

Palabras clave: Esófago, leiomioma, toracotomía.
Cir Gen 2002;24: 225-228

Key words: Esophagus, leiomyoma, thoracotomy.
Cir Gen 2002;24: 225-228

División de Cirugía General, Hospital Juárez de México.

* Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.

Recibido para publicación: 16 de julio 2001

Aceptado para publicación: 1 de agosto de 2001

Correspondencia: Dr. Roberto Pérez García, Tuxpan 45 A - 403, Colonia Roma Sur, 06670, México, D.F. Teléfono: 55 84 85 92

Introducción

El leiomioma (LM) es el tumor benigno más frecuente en el esófago; sin embargo, es menos frecuente que el carcinoma.¹ El 50% de estos tumores son asintomáticos y la mayoría se localizan en el tercio inferior del esófago.² Sus síntomas más frecuentes son: disfagia, dolor retroesternal inespecífico, sensación de ardor y, ocasionalmente, pérdida de peso. El tratamiento de elección es la enucleación del tumor; y cuando éste es efectivo, el pronóstico es bueno y los síntomas desaparecen.¹

El objetivo de este trabajo es presentar un caso diagnosticado, tratado y confirmado histológicamente.

Descripción del caso

Paciente de 51 años de edad, del sexo masculino con antecedentes de tabaquismo (5 cigarrillos diarios) y alcoholismo desde la edad de 13 años, hasta la actualidad. Hemorroidectomía en 1997. Hipertenso desde hace cuatro años, enfermedad ácido péptica desde los 20 años de edad, tratado con antiácidos de manera empírica.



Fig. 1. Esofagograma que muestra presencia de defecto de llenado extraluminal de forma ovoide de borde redondeado y bien definido; leiomioma de tercio medio de esófago.

Inició su padecimiento actual dos años antes al presentar disfagia no selectiva, así como pirosis, dolor retroesternal y regurgitación, con pérdida de peso de dos kilos.

A la exploración física con tensión arterial de 130/90, cardiopulmonar y abdomen sin datos anormales. Los exámenes de laboratorio como la biometría, la química sanguínea y las pruebas funcionales de hígado dentro de los límites normales y/o negativos.

La serie gastroduodenal mostró, en esófago, presencia de defecto de llenado extra-luminal de forma ovoide de bordes redondeados y bien definidos, sugestivo de leiomioma de tercio medio de esófago (**Figura 1**). La endoscopia reveló, a nivel de tercio medio de esófago, tumoración extrínseca de 2.5 x 1.4 cm, que ocluía un tercio de la luz del esófago, hernia hiatal, por deslizamiento y reflujo gastro-esofágico. Un ultrasonido endoscópico mostró tumoración esofágica submucosa, hipoecoica y homogénea compatible con leiomioma. La tele de tórax sin datos anormales. Se intervino quirúrgicamente mediante toracotomía derecha con el diagnóstico de leiomioma del tercio medio del esófago, realizando enucleación del tumor de 4 x 3 cm (**Figuras 2 y 3**), evolucionando satisfactoriamente. El estudio histopatológico demostró presencia de fibras de músculo liso, entremezcladas con tejido fibroso, el diagnóstico fue: leiomioma de esófago. Actualmente, a 12 meses de



Fig. 2. Imagen transoperatoria, se muestra la enucleación del leiomioma.

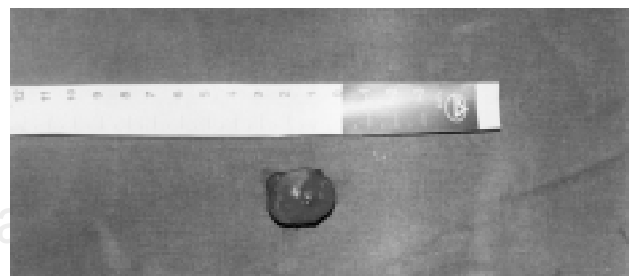


Fig. 3. Pieza quirúrgica del leiomioma de 3 x 2 cm.

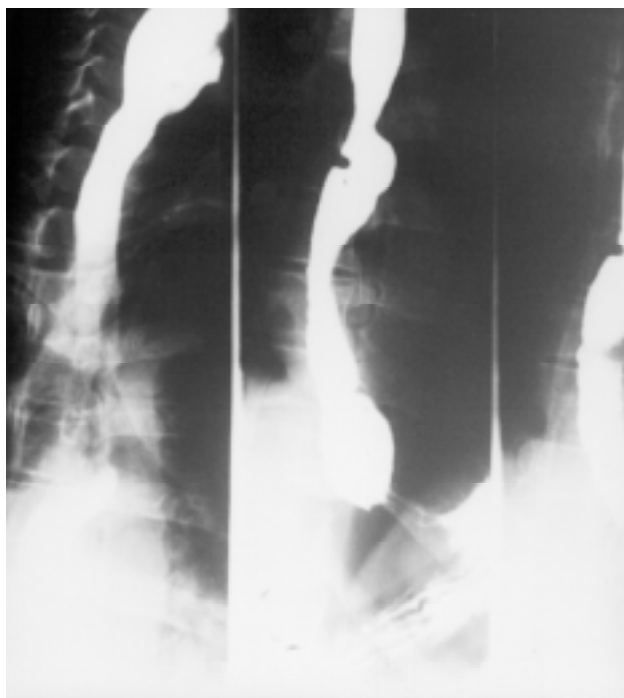


Fig. 4. Esófagograma postoperatorio que muestra pequeña muesca a nivel de la extirpación del tumor.

su tratamiento, se encuentra asintomático, y el estudio de esófagograma demuestra pequeña muesca a nivel de la extirpación del tumor (**Figura 4**).

Discusión

De acuerdo a Minski (1855), el primer caso de tumor benigno del esófago, probablemente un pólipo, fue descrito por Sussius o Sudio en 1559. Morgani en su artículo clásico, en 1761, "*Desedibus et causis morborum*", describió leiomiomatosis del tracto gastrointestinal. Munro fue el primero que describió un tumor de esófago intramural en 1797. Meyer (1882) describió casos similares. Las características histológicas del leiomioma del esófago fueron detalladas por Virchow en 1863.¹

La incidencia del leiomioma del esófago en estudios de autopsias es de 1:1,119 casos;¹ es múltiple en el 3% a 10% y puede ocurrir en cualquier segmento del esófago, pero raramente se presenta en el segmento cervical. Más del 80% de los leiomiomas del esófago ocurren en el tercio medio e inferior del mismo³ es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino,^{1,3} tal como ocurrió en nuestro caso. Disfagia es el síntoma más común, como lo demuestran las series publicadas,^{1,3,4} incluyendo nuestro caso. Seremetis¹ informa que 47.5% de 838 pacientes presentaron disfagia y 45% dolor retroesternal, mientras que la hematemesis es poco frecuente³ o se encuentra asociada a malignidad,² nuestro paciente no presentó dicho signo. Síntomas inusuales, como obstrucción de la vena cava superior, han sido mencionados.^{5,6}

En la literatura se describen leiomiomas que se observan en la placa de tele-radiografía de tórax como masa mediastinal en pacientes asintomáticos;⁷⁻¹⁰ el esófagograma es un método eficiente para el diagnóstico,^{1-3,11} como lo observamos también en nuestro caso; los hallazgos usuales son un defecto de llenado redondeado, liso, con bordes bien definidos, que Payne, Olson⁷ y otros² describen como clásico.

Otras lesiones como quistes, tumores mediastinales y aneurismas de la aorta pueden semejar esta imagen, por lo que en algunas ocasiones es necesario realizar arteriografía.

Más recientemente, el ultrasonido endoscópico¹² es de gran ayuda en casos con dificultad diagnóstica. Así mismo, es de utilidad en aquellos tumores menores de 1 cm y en tumores difusos; generalmente la mucosa se encuentra intacta.^{2,3}

Seremetis menciona que estos tumores se localizan principalmente en el tercio inferior del esófago,¹ mientras que Boyd y Hill¹³ señalan una distribución igual a través del esófago. En nuestro paciente se encontró localizado en la parte media del esófago.

Puede haber varios leiomiomas en un paciente;¹⁴ Tarubo menciona haber encontrado múltiples leiomiomas de más de 7 mm de diámetro en el 7.9% de 342 especímenes.¹⁵ Esto sugiere que la incidencia de los leiomas del esófago pueden ser mayores de 1:1,119⁴ aunque el tumor puede no manifestarse clínicamente.

Otra interesante variación de este tumor es la presencia de leiomiomatosis difusa del esófago, en el cual hay infiltración extensa así como presencia de leiomiomas en estómago, uretero, vías aéreas y útero, asociado además con hipertrofia de clítoris y vulva, cataratas y sordera (síndrome de Alport).¹⁶⁻¹⁸

La patología coexistente más común es la presencia de hernia hiatal. Algunos autores creen que el desarrollo del leiomioma está directamente relacionado con la presencia de hernia hiatal, sin embargo, ésta es una condición muy común, su incidencia en la población en general se estima aproximadamente de 1:1000, mientras que el LM es todavía más raro. Seremetis¹ estima que la relación entre el leiomioma y la hernia hiatal es de 1:29. En nuestro caso se encontró asociado a hernia hiatal más reflujo gastroesofágico.

El tratamiento de elección es la enucleación del tumor, cuya morbilidad y mortalidad es de cero, tal como lo señala la literatura.¹⁻³

Dicha enucleación puede llevarse a cabo tanto por toracotomía derecha o izquierda según la localización del tumor,¹ o bien, en la actualidad, por toracoscopia derecha, ayudada endoscópicamente, insuflando un balón para proyectar con mayor nitidez el tumor (técnica de "Balloon Push out method").^{19,20} La resección del esófago en raras ocasiones es necesaria, especialmente en tumores grandes o anulares.^{1,2}

No se menciona en la literatura, que haya recurrencia del tumor.¹ Nuestro paciente fue tratado con toracotomía derecha, evolucionó satisfactoriamente y actualmente se encuentra asintomático.

Conclusión

El tratamiento definitivo en la mayoría de los casos es la enucleación del tumor por toracotomía o toracoscopia, los pacientes en raras ocasiones requieren esofagectomía.

Referencias

- Seremetis MG, Lyons WS, De Guzmán VC, Peabody JW Jr. Leiomyomata of the esophagus. An analysis of 838 cases. *Cancer* 1976; 38: 2166-75.
- Fockens P, Bartelsman JF, Tytgat GN. Benign and malignant esophageal tumors other than squamous and adenocarcinoma. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1994; 4: 791-801.
- Deren MM, Lundell D, Saieh T, Wilson G. Leiomyoma of the esophagus. *Conn Med* 1979; 43: 483-5.
- Kimura H, Konishi K, Kawamura T, Nojima N, Satou T, Kaji M, et al. Smooth muscle tumors of the esophagus: clinic pathological findings in six patients. *Dis Esophagus* 1999; 12: 77-81.
- Berry BE. Esophageal leiomyomata: spectrum of clinical presentation and management. *J La State Med Soc* 1980; 132: 102-4.
- Hickling P, Buksh K, Beck P. A case of leiomyoma of the esophagus complicated by superior cava vein obstruction and associated eosinophilia. *Postgrad Med J* 1980; 56: 431-4.
- Baumgartner WA, Mark JB. Esophageal leiomyoma first seen as a superior mediastinal mass. *Arch Surg* 1980; 115: 94.
- Cohen AM, Cunat JS. Giant esophageal leiomyoma as a mediastinal mass. *J Can Assoc Radiol* 1981; 32: 129-30.
- Tamura K, Takamori S, Tayama K, Mitsuoka M, Hayashi A, Fujita H, et al. Thoracoscopic resection of a giant leiomyoma of the esophagus with a mediastinal outgrowth. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 1988; 4: 351-3.
- Samaiya A, Chumber S, Vashishth S, Karak AK. Esophageal leiomyoma presenting as a mediastinal mass. *Trop Gastroenterol* 2000; 21: 204-6.
- Levine MS, Buck JL, Pantongrag-Brown L, Buetow PC, Lowry MA, Sobin LH. Esophageal leiomyomatosis. *Radiology* 1996; 199: 533-6.
- Xu GM, Niu YL, Zou XP, Jin ZD, Li ZS. The diagnostic value of transendoscopic miniature ultrasonic probe for esophageal diseases. *Endoscopy* 1998; 30 Suppl: AZ8-32.
- Boyd DP, Hill LD. Benign tumors and cysts of the esophagus. *Am J Surg* 1957; 93: 252-8.
- Calabrese C, Areni A, Scialpi C, Difebo G. Diffuse oesophageal leiomyomatosis. *Dig Liver Dis* 2000; 32: 645-6.
- Takubo K, Nakagawa H, Tsuchiya S, Mitomo Y, Sasajima K, Shirota A. Seedling leiomyoma of the esophagus and esophagogastric junction zone. *Hum Pathol* 1981; 12: 1006-10.
- García Torres R, Cruz D, Orozco L, Heidet L, Gubler MC. Alport syndrome and diffuse leiomyomatosis. Clinical aspects, pathology, molecular biology and extracellular matrix studies. A synthesis. *Nephrologie* 2000; 21: 9-12.
- Guillem P, Delcambre F, Cohen-Solali L, Triboulet JP, Antignac C, Heidet L, et al. Diffuse esophageal leiomyomatosis with perirectal involvement mimicking Hirschsprung's disease. *Gastroenterology* 2000; 120: 216-20.
- Rabushka LS, Fishman EK, Kuhlman JE, Hruban RH. Diffuse esophageal leiomyomatosis in a patient with Alport syndrome: CT demonstration. *Radiology* 1991; 179: 176-8.
- Izumi Y, Inoue H, Endo M. Combined endoluminal-intracavitary thoracoscopic enucleation of leiomyoma of the esophagus. A new method. *Surg Endosc* 1996; 10: 457-8.
- Mafune K, Tanaka Y. Thoracoscopic enucleation of an esophageal leiomyoma with balloon dilator assistance. *Surg Today* 1997; 27: 189-92.