Leiomioma de esófago: una causa infrecuente de disfagia. Reporte de un caso.

Martín Varela Vega, Sebastián Ibarra, Fabio Madera, Santiago Cubas, Gerardo Beraldo, José Cabillón, Pablo Santiago.

Seccional de cirugía esófago gástrica. Departamento de cirugía general. Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

RESUMEN

El leiomioma es el tumor benigno esofágico más frecuente, si bien constituye una auténtica rareza. Representa el 0,4% de todos los tumores esofágicos, muy por detrás de los tumores malignos. Es más frecuente en hombres (1,9 veces con respecto a mujeres), con un promedio de edad de 44 años, son de lento crecimiento y en ocasiones casi asintomáticos, por lo que no es raro la demora en el diagnóstico. La degeneración maligna es excepcional. Los síntomas más comunes son disfagia, dolor retroesternal, pirosis y adelgazamiento. La endoscopía y la ecoendosonografía permiten completar el diagnóstico. La cirugía está indicada en tumores sintomáticos, y el abordaje mini invasivo es la técnica de elección.

PALABRAS CLAVE: Leiomioma; Neoplasias Esofágicas.

ABSTRACT

Leiomyoma is the most frequent benign esophageal tumor, although its really rear. It represents 0.4% of all esophageal tumors, far behind malignant tumors. It is more frequent in men rather than women (1.9:1), with a mean age of 44 years, they grow slowly and as a result of being often asymptomatic, there is usually a delay in the diagnose. Malignant degeneration is exceptional. The most common symptoms are dysphagia, retrosternal pain, heartburn and weight loss. Endoscopy and echoendosonography complete the diagnosis. Surgery is indicated in symptomatic tumors, and the mini invasive approach is gold standard technique.

KEY WORDS: Leiomyoma; Esophageal Neoplasms.

INTRODUCCION:

El leiomioma es el tumor benigno esofágico más frecuente, si bien constituye una auténtica rareza. Representa el 0,4% de todos los tumores esofágicos, muy por detrás de los tumores malignos. La revisión más extensa de la literatura realizada con respecto a este tipo de tumores, con 838 casos publicados hasta el año 1971, afirma que es más frecuente en hombres (1,9 veces con respecto a mujeres), con un promedio de edad de 44 años, son de lento crecimiento y en ocasiones casi asintomáticos, por lo que no es raro la demora en el diagnóstico (1).

Descritos por primera vez en 1761 por Morgani, son tumores submucosos originados en la capa muscular propia circular del esófago, siendo muy raros los que dependen de la muscularis mucosae (2). Tienden a crecer en forma lenta, de forma excéntrica y protruyendo hacia la luz, aunque en 10-13% de los casos pueden crecer de forma concéntrica. Generalmente no ulceran la mucosa suprayacente. La mayoría de estos tumores no presentan clínica inicialmente, y se habla de hasta un 50% de hallazgos incidentales (1). Varias publicaciones relatan una incidencia mayor en autopsias que la que se ve en la población en general (0,006 a 0,1%) (3). Generalmente son únicos (97%), aunque se han descrito casos de dos o más leiomiomas en la misma pieza esofágica (4). El tamaño promedio al momento de diagnóstico es de 5 cm. Se ubican preferentemente en el esófago distal (56%) y en segundo lugar el tercio medio (33%).

La historia natural de estas lesiones es al crecimiento progresivo, inicialmente en forma indolente, y la malignización es extremadamente rara. En la literatura hasta el 2015 se han reportado 4 casos de transformación maligna a leiomiosarcoma, y todos esos casos fueron precedidos por un cambio de tamaño (2,4). Si bien en un momento fueron considerados dentro de los tumores del estroma gastro intestinal (GIST), varias diferencias histoarquitecturales, genéticas e inmunohistoquímicas los diferencian de ellos.

Recibido: Setiembre 2017
Aceptado: Octubre 2017
Correspondencia: 8 de Octubre 3020. C.P.11600, Teléfono +598 91007588 Montevideo, Uruguay.
E-mail: martinvarelav@gmail.com

En aquellos pacientes sintomáticos, el sufrimiento es arrastrado. Seremetis y colaboradores en 1976 reportan un 30% de los pacientes con síntomas de más de 5 años de evolución, y otro 30% de pacientes con síntomas de entre 2 a 5 años. Para el otro 40% de los pacientes el promedio de comienzo de sintomatología fue de 11 meses. Los síntomas más frecuentes son disfagia (47.5%), dolor retroesternal (45%), pirosis (40%), adelgazamiento (24%) (1). El sangrado digestivo es extremadamente raro, y debe hacer pensar en otra lesión concomitante.

El diagnóstico es resorte de la clínica (disfagia progresiva de lenta evolución), siendo confirmado por una fibrogastroscopía, que permite objetivar una lesión grande, submucosa, en ocasiones pediculada y frecuentemente móvil, que en forma característica es franqueable por el endoscopista (7). La ecoendoscopía permite valorar el compromiso en profundidad de la lesión, descartando adenopatías regionales o infiltración de órganos vecinos. La biopsia endoscópica con aguja fina es de utilidad para diferenciar un leiomioma de un GIST, pero está discutida por varios autores, ya que generaría una adherencia retráctil en el sitio de punción, dificultando una eventual resección endoscópica (7). En casos de mucosa ulcerada, la biopsia endoscópica es mandatoria, a fin de descartar malignidad. La tomografía computada es útil para valorar el tamaño tumoral, la topografía y eventual compromiso de órganos vecinos.

El tratamiento de los leiomiomas esofágicos depende de varios factores, tamaño, localización, sintomatología y estado general del paciente. Pacientes asintomáticos con tumores chicos pueden ser controlados periódicamente, mediante endoscopía. La enucleación quirúrgica extramucosa por vía miniinvasiva (toracoscopía o laparoscopía) del leiomioma es actualmente la técnica de elección cuando se decide conducta quirúrgica para tumores menores a 5 cm (4-7). En caso de tumores mayores, o si el equipo no tiene experiencia, puede hacerse por toracotomía. Es recomendable el cierre de la miotomía para prevenir el prolapso mucoso (5,8). Hasta un 10% de los leiomiomas requieren esofagectomía, dado su gran tamaño o adherencias firmes a la capa mucosa (4). Mediante el tratamiento quirúrgico la disfagia remite prácticamente en el 100% de los casos. La morbilidad es menor al 5%, fundamentalmente complicaciones pleuropulmonares, y en casos aislados fístula esofágica. El pronóstico a largo plazo es bueno, ya que la malignización es extremadamente rara, con resolución de la disfagia, y sin recidivas cuando la resección es completa.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta un caso de en una mujer de 57 años con disfagia permanente y progresiva de dos años de evolución, tolerando al momento de la consulta comidas blandas y líquidos. Adelgazamiento de aproximadamente 10 kilos.

La fibrogastroscopía mostró gran lesión esofágica pediculada con base gruesa de implantación a los 33 cm, de 7 cm de diámetro, recubierta por mucosa sana (Fig. 1).

Se logra franquear fácilmente con el endoscopio, pero genera retención alimentaria por encima. La ecoendoscopía describe la lesión de tipo sólida, hipoecoica, con su origen en la capa muscular propia y con un grueso vaso central que la alimenta.

La tomografía muestra la lesión, topografiada por debajo de la carina, sin alteración de órganos vecinos ni adenopatías regionales (Fig. 2).

Con diagnóstico de tumor estromal de esófago distal, que genera disfagia y repercusión general, se decide cirugía resectiva.

Ante el tamaño tumoral se decide esofagectomía laparoscópica transhiatal manoasistida con ascenso de tubo gástrico a expensas de la curvatura mayor (Fig. 3).

Incisión mediana supraumbilical pequeña por la que exteriorizamos la pieza y realizamos el tubo gástrico con sutura lineal cortante (Fig. 4).

Posteriormente tunelización del tubo gástrico a través del mediastino posterior, y anastomosis cervical manual. Buena evolución postoperatoria sin incidentes, con alta al 6to día y sin complicaciones en el seguimiento.

La anatomía patológica definitiva informa leiomioma esofágico de 83 x 55 x 45 mm.

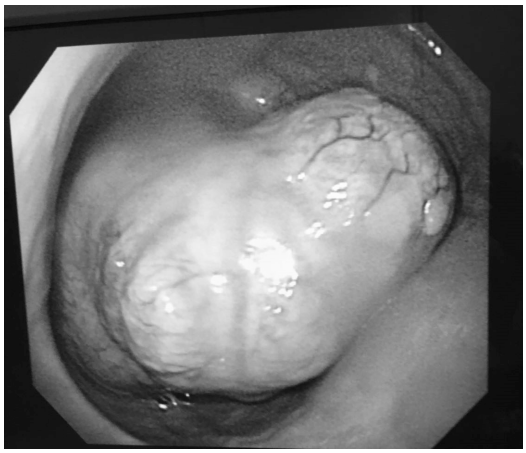

Fig.1: Endoscopía: lesión submucosa de base ancha en esófago distal.

Fig. 2: TC: grueso tumor (flecha blanca) confinado al esófago infracarinal, de densidad similar al tejido muscular.

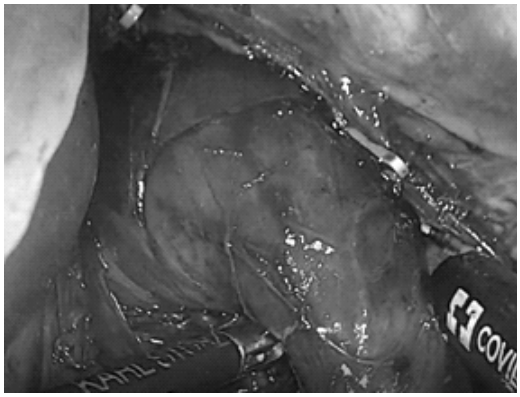

Fig. 3: Cirugía: visión laparoscópica de la disección del hiato.

Fig. 4: Pieza: esófago con tumor grande, de 8 cm aproximadamente.

REFERENCIAS

(1) Seremetis MG, Lyons WS, De Guzmán VC, Peabody Jr JW. Leiomyoma of the oesophagus.
An analysis of 838 cases. Cancer 1976; 38:2166-75.

(2) Ha C, Regan J, Cetindag IB, Ali A, Mellinger JD. Benign Esophageal Tumors.
Surg Clin N Am 2015; 95(3: 491-514.

(3) Delgado-Sánchez JJ, González-Vega M. Leiomioma esofágico.
Rev Esp Med Legal 2015; 41(2):85-6.

(4) Jiang W, Rice TW, Goldblum JR. Esophageal leiomyoma: experience from a single institution.
Dis Esophagus 2013; 26(2):167-74.