

9. Singh VV, Draganov P, Valentine J. Efficacy and safety of endoscopic balloon dilation of symptomatic upper and lower gastrointestinal Crohn's disease strictures. *J Clin Gastroenterol*. 2005;39:284-90.
10. Kochhar R, Poomachandra KS. Intralesional steroid injection therapy in the management of resistant gastrointestinal strictures. *Worl J Gastrointest Endosc*. 2010;2:61-8.

Alejandro Andicoechea Agorria*, Isabel Quintela Baizán, José Manuel Del Casar Lizcano, Francisco Vizoso Piñeiro y M. Cruz Díez Santesteban

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital de Jove, Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: AANDIKO@terra.es

(A. Andicoechea Agorria).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:[10.1016/j.ciresp.2011.04.015](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.04.015)

Leiomioma de esófago tratamiento por abordaje mínimamente invasivo (laparoscopia-toracoscopia)[☆]

Oesophageal leiomyoma using minimally invasive treatment (laparoscopy-thoracoscopy)

Los leiomiomas son las neoplasias benignas más frecuentes del esófago^{1,2}. Tradicionalmente se incluían dentro del grupo de los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), sin embargo, los avances en inmunohistoquímica y biología molecular han demostrado que son diferentes. Cuatro marcadores inmunohistoquímicos los diferencian: típicamente el leiomioma es positivo para desmina y actina de músculo liso y negativo para CD34 y CD117, al contrario ocurre en los GIST³. El diagnóstico diferencial preoperatorio entre ellos es fundamental pues su abordaje terapéutico es muy diferente. Así, para el leiomioma es suficiente con la enucleación extramucosa.

En este trabajo presentamos nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento por abordaje laparoscópico y toracoscópico en este tipo de tumores. Hemos tratado en nuestro Servicio tres casos de leiomioma esofágico, todos ellos varones. El primer caso se diagnosticó de forma accidental mediante resonancia nuclear magnética (RNM), en el curso de un estudio postablación por fibrilación auricular de origen reumático; los otros dos debutaron con dolor torácico y disfagia respectivamente. Uno se situaba en el esófago torácico distal y los otros dos en esófago torácico proximal. En todos se completó el estudio preoperatorio con tránsito esófago-gástrico (TEG) (fig. 1), endoscopia, ultrasonografía endoscópica (USE) y tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominal (fig. 2). El TEG evidenció en todos un defecto de repleción esofágico. En los tres casos los hallazgos

endoscópicos fueron de lesión extramucosa sin alteración de la misma. La USE, además de mostrarnos la existencia de una lesión submucosa, de bordes lisos, bien definidos, con plano de separación de órganos vecinos, proporcionó la



Figura 1 – Tránsito esófago-gástrico: defecto de relleno tipo submucoso a la altura del cayado aórtico.

[☆] Parte de la información de este manuscrito ha sido presentada en la XI Reunión Asociación Andaluza de Cirujanos (ASAC) en El Puerto de Santa María, 23-25 de junio de 2010.

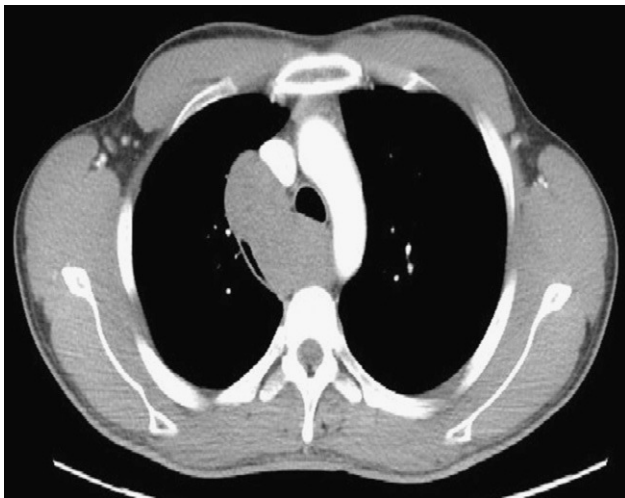


Figura 2 – Tomografía axial computarizada torácica: masa mediastínica posteriosuperior que provoca desplazamiento de los vasos mediastínicos.

localización exacta de la lesión y su tamaño. La TAC mostró en todos los casos una lesión que crecía desde la pared esofágica, bien delimitada y con claro plano de separación con estructuras vecinas, además informó de su tamaño, localización y relaciones anatómicas. El tamaño de cada tumor fue de 7,5 x 7 x 3 x 5 cm, 7 x 3 x 2 cm y 10 x 6 x 3 cm respectivamente. En el segundo y tercer caso además realizamos una tomografía por emisión de positrones (PET), mostrando actividad metabólica moderada solo el tercer caso, lo que sugirió lesión benigna de localización esofágica o mediastínica. En ningún paciente se realizó biopsia preoperatoria de la lesión.

Tras establecerse el diagnóstico preoperatorio de presunción de leiomioma, la estrategia terapéutica fue la enucleación extramucosa de la lesión mediante un abordaje mínimamente invasivo, laparoscópico o videotoracoscópico, dependiendo de su localización. En el caso localizado en el tercio distal del esófago torácico se usó la vía transhiatal laparoscópica con el paciente en decúbito supino y usando cinco puertas de entrada de 11 mm. En los casos localizados en esófago torácico proximal, se realizó un abordaje videotoracoscópico derecho, con el paciente en decúbito lateral izquierdo. Previo colapso pulmonar selectivo, se colocaron 4 trocares en hemitórax derecho. Tras abrir la pleura mediastínica, justo por encima del cayado de la vena álgos, se realizó una miotomía longitudinal sobre la zona de protrusión tumoral. En uno de estos dos casos, debido a que la lesión se originaba y protruía a nivel de la pared lateral izquierda esofágica y no se visualizaba desde hemitórax derecho, fue necesario «rotar» el esófago, previa liberación del mismo por encima de la vena álgos, para poder identificar la lesión en su vertiente lateral izquierda, tras lo cual se realizó la miotomía longitudinal y posterior exéresis tumoral, separando la lesión de la capa muscular y mucosa, conservando la integridad de esta última. La disección roma se facilitó con el uso de Ligasure Atlas®,

pinza fina y gancho de bisturí eléctrico. El control del sangrado de pequeños vasos se realizó mediante compresión directa con torunda y, finalmente, como aconsejan la mayoría de los autores^{2,4,5} se procedió al cierre de la miotomía para prevenir el prolapso mucoso.

El estudio anatomopatológico con las técnicas inmunohistoquímicas (actina [+], desmina [+], CKIT [CD117] [-], CD34 [-], vimentina [-], S-100[-]) confirmó el diagnóstico de leiomioma.

El curso postoperatorio inmediato fue favorable, salvo mínimo derrame pleural derecho en el primer caso y hematoma submucoso en el lecho de la tumorectomía en el tercero, ambos sin repercusión clínica.

Actualmente disponemos de pruebas diagnósticas suficientes para establecer el diagnóstico de sospecha de estas lesiones, siendo la USE la que presenta una mejor sensibilidad y rendimiento en su diagnóstico diferencial (95,7% USE vs 42,9% TAC)⁶.

A pesar de que la USE permite identificar la capa de la que proviene el tumor (*muscularis mucosa* o muscular), orientando en el diagnóstico y tratamiento, no permite diferenciar con exactitud su naturaleza (GIST vs leiomioma)⁷. A pesar de esto, su uso en conjunto con otros métodos diagnósticos permite inferir al clínico un diagnóstico diferencial preoperatorio adecuado en la mayoría de los casos, siendo el estudio histológico detallado de la pieza quirúrgica el que da el diagnóstico definitivo.

Con este trabajo queremos destacar la factibilidad de la realización de una enucleación extramucosa mediante abordaje mínimamente invasivo (laparoscópico o videotoracoscópico) en este tipo de lesiones, que, por otra parte, es el que actualmente se considera de elección. Asimismo, cabe insistir en la necesidad de la realización de un adecuado enfoque diagnóstico diferencial preoperatorio en este tipo de dolencia.

BIBLIOGRAFÍA

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. Lee LS, Sinighal S, Brinster CJ, Marshall B, Kochman ML, Kaiser LR, et al. Current management of esophageal leiomyoma. *J Am Coll Surg*. 2004;198:136-46.
3. Miettinen M, Sarlomo-Rikala M, Sobón LH, Losata J. Esophageal stromal tumours: a clinical-pathologic, immunohistochemical, and molecular genetics study of 17 cases and comparison with esophageal leiomyosarcomas. *Am J Surg Pathol*. 2000;24:211-22.
4. Guo-Qiang X, Bing-Ling Z, You-Ming L, Li-Hua C, Feng J, Wei-Xing C, et al. Diagnostic value of endoscopic ultrasonography for gastrointestinal leiomyoma. *World J Gastroenterol*. 2003;9:2088-91.
5. Mutrie CH, Donahue DM, Wain JC, Wright CD, Gaisert HA, Grillo HC, et al. Esophageal leiomyoma: A 40-years experience. *Ann Thorac Surg*. 2005;79:1122-5.
6. Wang Y, Sun Y, Liu Y, Wang Z. Transesophageal intraluminal ultrasonography in diagnosis and differential diagnosis of esophageal leiomyoma. *Chinese Med J*. 2002;82:456-8.

7. Xuan Z, Xiao-Qian Z, Bi-Min L, Ping X, Kun-He Z, Jiang C. Esophageal mesenchymal tumours: Endoscopy, pathology and immunohistochemistry. *World J Gastroenterol*. 2007;13:768-73.

María Jesús Álvarez Martín*, Ana García Navarro, Alfonso Mansilla Roselló, Manuel Segura Reyes y Antonio Ferrón Orihuela

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: MJALVAREZMARTIN@terra.es (M.J. Álvarez Martín).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:[10.1016/j.ciresp.2011.04.014](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.04.014)

Adenocarcinoma mucinoso sobre fístula anorrectal en paciente con enfermedad de Crohn

Mucinous adenocarcinoma over an anorectal fistula in a patient with Crohn's diseases

Como sabemos las fístulas anorrectales son una manifestación común de la enfermedad de Crohn (EC). Si bien la asociación entre cáncer colorrectal y enfermedad de Crohn está en torno al 5% y ha sido bien establecido, el riesgo de padecer un carcinoma sobre fístula es aún menor¹.

Presentamos un caso de carcinoma sobre una fístula anal en un paciente con enfermedad de Crohn de larga evolución.

Varón de 51 años, que padece de EC desde hace 32 años. Si bien el debut inicial de la enfermedad fue una ileítis severa que requirió cirugía resectiva por fracaso del tratamiento médico, años más tarde, comienza con una afectación severa perineal. El paciente requirió drenajes sucesivos de abscesos, así como tratamiento intensivo médico sin buena respuesta. Por propia iniciativa el paciente no vuelve a revisión durante años.

Sin embargo, como consecuencia de un dolor inguinal que limita la deambulaci3n, y marcado empeoramiento del periné, decide consultar.

A la exploraci3n se evidencia una importante delgadez y palpaci3n abdominal dolorosa a nivel de la fosa iliaca derecha y dificultad en la movilizaci3n tanto activa como pasiva de miembro inferior derecho.

Una inspecci3n del periné muestra m3ltiples orificios fistulosos externos, edema y empastamiento. No es posible realizar un tacto rectal, por existir estenosis anal, así como ulceraciones cavitantes en el margen anal. El índice de actividad (PDAI) actual es de 18 (0-20, 20 lo más severo).

Se solicita una resonancia nuclear magnética y una exploraci3n bajo anestesia con colonoscopia intraoperatoria.

La resonancia nuclear magnética objetiva inflamaci3n rectal y una colecci3n en hemipelvis derecha de 10 x 10 x 9 cm que se continúa con absceso en ileopsoas derecho y regi3n

inguinal derecha, con sinovitis de cadera derecha asociada. De igual modo varios trayectos supra- e infraelevadores que se abren en superficie cutánea de regi3n interglútea y perianal (fig. 1). La vejiga parece estar afectada por el proceso inflamatorio.

La colonoscopia no evidenci3 actividad inflamatoria. En el mismo acto se realiza drenaje quir3rgico de los abscesos, legrado-biopsia de los trayectos fistulosos, colocaci3n de sedales y colostomía derivativa laparoscópica.

El resultado histol3gico del material de legrado es informado como adenocarcinoma mucinoso de bajo grado.

Se decide nueva intervenci3n quir3rgica con el fin de practicar amputaci3n del recto y periné amplia, con todos los trayectos fistulosos en bloque.



Figura 1 – Resonancia nuclear pélvica donde se aprecia la colecci3n en hemipelvis derecha que se continúa con absceso en ileopsoas derecho y regi3n inguinal derecha, con sinovitis de cadera derecha asociada.