



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-076 - ENUCLEACIÓN EXTRAMUCOSA MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO TRANSHIATAL DE LEIOMIOMA DE ESÓFAGO DISTAL

Romera Barba, Elena; Navarro García, María Inmaculada; Muñoz García, Javier; Torregrosa Pérez, Nuria María; González-Coste Martínez, Rafael; Abellán Garay, Laura; Rodríguez García, Pablo; Martínez Manzano, Álvaro

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: Los leiomiomas son las neoplasias benignas más frecuentes del esófago, cuya incidencia oscila entre 0,005 y 5,1%. Se origina en las células musculares lisas y en su mayor proporción crece en posición intramural. Son más frecuentes en hombres (2:1), entre 30-50 años, y aproximadamente el 56% se localizan en el tercio distal. 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 GIST.

Caso clínico: Varón de 43 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a urgencias por episodio de hematemesis sin repercusión hemodinámica. Se realizó gastroscopia hallando una úlcera mínima en esófago distal asociada a una lesión submucosa. Se completó estudio con ecoendoscopia visualizando una lesión hipoeoica dependiente de muscularis mucosae irregular de 22 × 15 mm, sugestiva de tumor estromal. El TC informó de masa intraluminal en esófago distal que parece depender de la pared lateral izquierda del esófago y que protruye hacia la luz, sin signos sugestivos de infiltración estructuras adyacentes ni metástasis a distancia. Se decidió intervenir mediante laparoscopia por vía transhiatal, utilizando 5 puertos, 3 de 11 mm y 2 de 5 mm. Tras la disección del hiato y la liberación del esófago distal, se realizó una miotomía longitudinal sobre la zona de protrusión tumoral, y se procedió a la exéresis de la lesión separándola de la mucosa, conservando la integridad de esta última, que se confirmó mediante endoscopia intraoperatoria. Posteriormente se procedió al cierre de la miotomía y funduplicatura parcial tipo Dor. El curso postoperatorio inmediato fue favorable, siendo alta al 5º día. La anatomía patológica informó de neoplasia mesenquimal, fusocelular de 40 × 35 × 10 mm, sin atipias, con positividad para marcadores musculares, actina de músculo liso, y actina músculo específica, y negatividad para marcadores de GIST, CD17-, DOG-1 -, BCL-2-. Actividad proliferativa medida con KI67 0,5%. Todo ello compatible con el diagnóstico de Leiomioma.

Discusión: La sospecha diagnóstica preoperatoria se suele establecer la mediante la historia clínica y las técnicas de imagen. No se recomienda realizar biopsias preoperatorias, ya que generalmente no se logra establecer un diagnóstico histopatológico definitivo y además la punción puede generar fijación de la mucosa al tumor, incrementándose la probabilidad de ruptura de la misma durante la enucleación. El estudio histológico de la pieza quirúrgica el que da el diagnóstico definitivo. El crecimiento de estos tumores es lento y rara vez malignizan, por lo que en casos pequeños y asintomáticos está indicada una actitud conservadora. Sin embargo, en los pacientes sintomáticos, ante incrementado de tamaño o ulceración de la mucosa, está indicada la cirugía. La enucleación extramucosa se considera el tratamiento de elección. En la actualidad,

gracias al desarrollo de las técnicas mínimamente invasivas, es factible realizarlo mediante abordaje laparoscópico o videotoracoscópico. Se recomienda considerar la realización de un procedimiento antirreflujo con la finalidad de proteger el área de resección quirúrgica y prevenir complicaciones por debilitamiento del esfínter esofágico inferior.