



V-007 - LEIOMIOMA ESOFÁGICO. CASO CLÍNICO

Abelló, David; Avelino, Lourdes; Cholewa, Hanna; Bruna, Marcos; Vaqué, Javier; Mingol, Fernando

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: El leiomioma es un tumor raro, representa entre el 0,4-1% de los tumores esofágicos, sin embargo es el más frecuente (67-80%) dentro de los tumores benignos en dicha localización. El *gold standard* en el tratamiento de los leiomiomas sintomáticos es la resección quirúrgica.

Caso clínico: Mujer de 31 años, sin antecedentes médico quirúrgicos de interés, que presenta clínica de disfagia a sólidos y líquidos de manera intermitente que ha progresado durante años. No otra sintomatología acompañante. Se solicita TAC toracoabdominal que detecta una lesión de características benignas de unos $3 \times 2 \times 2,5$ cm en 1/3 medio esofágico y derivan a nuestro centro. Se completa el estudio con endoscopia y ecoendoscopia que tipifica la lesión de leiomioma de 7 cm dependiente de la muscularis mucosa que se extiende desde el cayado de la aorta hasta la aurícula izquierda y obstruye cerca del 50% de la luz esofágica sin alteraciones en la mucosa. Ante la persistencia de la sintomatología se indica resección quirúrgica mediante abordaje toracoscópico en posición decúbito prono. La intubación del paciente no es selectiva, con la posición (decúbito prono) junto con el neumotórax (10 mmHg de presión) se genera suficiente campo quirúrgico. Se posiciona un trócar de 12 mm justo inferior al ángulo inferior escapular, un trócar de 12 mm en 8º espacio intercostal a nivel de línea axilar posterior y otro trócar de 5 mm en 3º espacio intercostal también a nivel de línea axilar posterior. Se inicia la disección esofágica abriendo la pleura parietal mediante un bisturí monopolar tipo gancho. Una vez expuesto el esófago, a nivel de tumoración, se inicia la disección de la muscular del esófago respetando el nervio vago. Se continua la disección de la lesión por la cara anterior y posterior con energía bipolar avanzada (Ligasure®) y realizando tracción y contratracción de la pieza mediante un *endoloop*. Completada la exéresis, se retira la pieza por el orificio de un trócar y se sutura la muscular del esófago con V-Loc®. Se realiza la intervención quirúrgica sin incidencias ni complicaciones inmediatas. El postoperatorio transcurre de forma favorable, se realiza tránsito esófago-gástrico-duodenal al segundo día postoperatorio sin evidencia de fuga. La anatomía patológica describe una lesión de $6,6 \times 2,4 \times 2,2$ cm bien delimitada, compuesta por múltiples fascículos entrecruzados de fibras musculares lisas de aspecto maduro compatible con un leiomioma. El estudio inmunohistoquímico muestra la positividad intensa y difusa de las células tumorales frente a actina del músculo liso, positividad frente a CD117 (c-Kit) con índice de proliferación 1%.

Discusión: El leiomioma es una tumoración benigna esofágica que cuando son sintomáticos el *gold estándar* del tratamiento es la resección quirúrgica. La posición clásica del paciente se está viendo desplazada por la resección quirúrgica mediante toracoscopia en decúbito prono ya que es un abordaje seguro, con mejor exposición anatómica, disminución del sangrado y de las complicaciones respiratorias postoperatorias. En casos seleccionados donde la morfología de la lesión lo permita, el *endoloop* es una herramienta eficaz para mejorar la exposición de los planos de disección.