



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-205 - TORACOSCOPIA POR LEIOMIOMA DE TERCIO MEDIO ESOFÁGICO

Blanco Partearroyo, Lorena¹; Cambor Menéndez, Sara¹; Amarello García, Martín¹; Pereda Bajo, Deiane²; Santofimia Chordá, Raquel³; Leturio Fernández, Saioa¹; Loureiro González, Carlos¹; Díez del Val, Ismael¹

¹Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao; ²Hospital Comarcal Sierrallana, Torrelavega; ³Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Introducción: El leiomioma esofágico es poco frecuente (0,4-1% de los tumores esofágicos), siendo aun así el tumor benigno más frecuente de esta localización. El diagnóstico diferencial debe realizarse con el GIST y tumores malignos esofágicos. El tratamiento quirúrgico, normalmente mediante enucleación, está indicado en lesiones de más de 5 cm o de cualquier tamaño si son sintomáticos o en casos sospechosos de malignidad. Tradicionalmente se ha realizado su extirpación vía abierta, pero hoy en día la cirugía mínimamente invasiva es de elección.

Caso clínico: Varón de 39 años, deportista, sin antecedentes de interés, que presentó un primer episodio de atragantamiento en el año 2021 y posteriormente otros similares relacionados sobre todo con alimentos sólidos. Se realiza entonces una gastroscopia que evidencia una lesión submucosa a 30 cm de la arcada dentaria de 4x3 cm aproximadamente y una tomografía computarizada (TC) que localiza dicha lesión a la altura de las venas pulmonares. Se propone cirugía, y es intervenido en marzo de 2023. Se realiza la enucleación de la tumoración, vía toracoscopia, identificando y respetando la mucosa esofágica, con el posterior cierre de la capa muscular. El posoperatorio fue favorable.

Discusión: El leiomioma es el tumor mesenquimal benigno más frecuente del esófago. Puede aparecer a cualquier edad, aunque presenta un pico de incidencia entre la tercera y la quinta década de la vida. Las localizaciones más frecuentes son el tercio medio y el tercio inferior del esófago, lo cual puede determinar la vía de abordaje quirúrgico. En la mayoría de los casos los pacientes se encuentran asintomáticos, pero en caso de presentar síntomas, la disfagia y el dolor epigástrico son los más frecuentes. La TC puede ofrecer pistas sobre la naturaleza de la lesión, pero el diagnóstico definitivo requiere de un examen histológico. Sin embargo, la biopsia preoperatoria para el diagnóstico diferencial con el GIST no está indicada debido al elevado riesgo de hemorragia que presentan los GIST y al riesgo de diseminación del tumor por la rotura de la pseudocápsula. En nuestro caso, no se realizó biopsia ya que el diagnóstico de GIST no habría cambiado la estrategia terapéutica dado que la literatura acepta la enucleación como posible tratamiento en su localización esofágica. Dado que es una tumoración de crecimiento lento y de transformación maligna extremadamente rara, se recomienda la cirugía solamente en aquellos mayores de 5 cm o de cualquier tamaño pero sintomáticos, siendo este último el caso de nuestro paciente. La vía abierta ha sido la técnica de elección tradicionalmente, pero hoy en día la cirugía mínimamente invasiva, en nuestro caso la toracoscopia, que permite un abordaje correcto y en condiciones de seguridad, fue la técnica elegida para su resección, en caso de que la lesión se localizase por encima de la vena ácigos, la cirugía robótica, dada la versatilidad del instrumental, podría haber sido el abordaje de elección. El estudio anatomopatológico con inmunohistoquímica posterior se considera obligatorio para descartar GIST, dado que a diferencia de estos

últimos, los leiomiomas no son inmunorreactivos para c-kit, CD117 y CD34.