



www.elsevier.es/cirugia

V-025 - ENUCLEACIÓN TORACOSCÓPICA ASISTIDA MEDIANTE ENDOSCOPIA ORAL DE TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES ESOFÁGICO

Ruiz Juliá, María Luisa; Ruiz Luque, Virgilio; Aguilar Luque, José; Martínez García, Pablo

Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Resumen

Introducción: El tumor de células granulares es un tumor infrecuente, que puede encontrarse en el tracto gastrointestinal entre un 1-8% de ellos. La afectación esofágica es una de las más frecuentes constituyendo el 2% de los tumores de células granulares digestivos. Actualmente se considera su origen en las células de Schwann de los nervios periféricos. Habitualmente son asintomáticos, y con comportamiento benigno aunque se han descrito casos de malignización en un 2% de los casos. Pueden depender de la capa mucosa o submucosa, y habitualmente miden menos de 2 cm. Lesiones mayores, con irregularidad de bordes o rotura de la capa submucosa o muscular propia indica malignidad con una gran probabilidad.

Caso clínico: Presentamos el vídeo del caso de un paciente varón de 48 años de edad, fumador importante, en el que se detecta una tumoración en tercio medio-inferior esofágico en TAC toracoabdominal como hallazgo incidental en estudio por leucocitosis neutrofílica con estudio medular negativo; sin dilatación esofágica proximal ni infiltración de órganos adyacentes. Asintomático y exploración física completamente normal. Mediante ecoendoscopia se apreció una lesión submucosa e hipoecogénica de unos 3 cm de diámetro, a 30 cm de la arcada dentaria, que reducía drásticamente la luz esofágica, y que parecía proceder de la muscular propia; así como adenopatías subcarinales y periesofágicas inflamatorias. La PAAF fue compatible con tumor de células granulares sin alteraciones en la mucosa esofágica. En el esofagograma se apreciaba una lesión submucosa dependiente de la cara posterolateral derecha del esófago. Tras discusión en Comité Interdisciplinar de Tumores esófago-gástricos, se decide enucleación mediante toracoscopia con asistencia endoscópica intraoperatoria. Con el paciente en decúbito prono, se introdujo el endoscopio oral hasta localización intraluminal de la tumoración en tercio medio infracarinal. Se realizó neumotórax a 7 mmHg de presión máxima a través de un trócar óptico de 10 mm en el 7º espacio intercostal derecho, permitiendo una ventilación mecánica bipulmonar sin necesidad de intubación selectiva. Se introdujeron tres trócares derechos más, uno de 12 mm en el 9º espacio intercostal y dos de 5 mm en los espacios intercostales 2º y 5º. Tras apertura de la pleura mediastínica y liberación de la vertiente derecha del esófago, se realizó la miotomía de la capa longitudinal y circular esofágicas permitiendo evidenciar la lesión. Mediante disección roma y visión endoscópica de la integridad de la mucosa en todo momento, se llevó a cabo la enucleación del tumor. Se realizó una sutura continua con Monosyn 4-0 para cierre de la brecha muscular, comprobando la ausencia de estenosis de la luz esofágica y de fuga aérea. Se colocó una lámina sellante de fibrina y se extrajo la pieza mediante endobolsa. Finalmente, se efectuó la expansión completa pulmonar bajo visión directa. Dado que son tumores poco frecuentes, aún no se ha llegado a un consenso sobre la mejor actitud terapéutica frente a ellos. El tratamiento es la extirpación local mediante mucosectomía endoscópica en los casos de lesiones dependientes de la capa mucosa. Para el resto de los casos, la resección quirúrgica es el procedimiento de elección.