



Figura 3 – Positividad inmunohistoquímica perivascular para actina de músculo liso. (Diaminobencidina x200).

hace proponer para este tumor el término de «miopericitoma lipomatoso», que en su forma de presentación habitual puede plantear diversos diagnósticos diferenciales y creemos que es interesante conocer por parte de los especialistas dedicados a cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Requena L, Kutzner H, Huguel H, Rutten A, Furio V. Cutaneous adult myofibroma: a vascular neoplasm. *J Cutan Pathol.* 1996;23:445-57.
2. Granter SR, Badizadegan K, Fletcher CD. Myofibromatosis in adults, glomangiopericytoma y myopericytoma: a spectrum of tumors showing perivascular myoid differentiation. *Am J Surg Pathol.* 1998;22:513-25.

3. Fletcher CD, Unni KK, Mertens F, editores. WHO Classification of Tumours. Pathology and Genetics of tumours of Soft tissue and Bone. Lyon: IARC Press. 2002.
4. Mentzel T, Dei Tos AP, Sapi Z, Kutzner H. Myopericytoma of skin and soft tissues: clinicopathologic and immunohistochemical study of 54 cases. *Am J Surg Pathol.* 2006;30:104-13.
5. MacMenamin ME, Fletcher CD. Malignant myopericytoma: expanding the spectrum of tumours with myopericytic differentiation. *Histopathology.* 2002;41:450-60.
6. MacMenamin ME, Calonje E. Intravascular myopericytoma. *J Cutan Pathol.* 2002;29:557-61.
7. Guillou L, Gebhard S, Coindre JM. Lipomatous hemangiopericytoma: a fat-containing variant of solitary fibrous tumor? Clinicopathologic, immunohistochemical, and ultrastructural analysis of a series in favor of a unifying concept. *Hum Pathol.* 2000;31:1108-15.
8. Laga AC, Tajirian AL, Islam MN, Bhattacharyya I, Cohen DM, Plamondon CJ, et al. Myopericytoma: report of two cases associated with trauma. *J Cutan Pathol.* 2008; 35:866-70.

Ana Ruiz^{a,*}, José María Martínez de Victoria^a, Ángel Ramiro^b y Ana Palomares^b

^aUnidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

^bUnidad de Gestión Clínica de Cirugía, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ruizmateasana@yahoo.es (A. Ruiz).

0009-739X/\$ – see front matter

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

doi:10.1016/j.ciresp.2011.04.016

Tratamiento endoscópico con balón de dilatación combinado con inyección intralesional de corticoides en las estenosis de anastomosis colorrectales refractarias a la dilatación simple

Combined endoscopic balloon dilation and intralesional corticosteroid treatment of colorectal anastomotic stenosis refractory to dilatation alone

La dilatación de las estenosis anastomóticas está indicada cuando ocasionan clínica asociada o no es posible pasar el endoscopio a través de la misma, siendo imposible el control endoscópico del colon¹.

De todas las técnicas, la más utilizada es la dilatación con balón².

Al igual que otros autores³, nosotros preferimos la dilatación endoscópica dado que permite la colocación y

movilización bajo visión directa, así como la continua monitorización del proceso de dilatación.

El número de sesiones es variable, precisando en algunos casos repetir las dilataciones hasta 7 y 13 veces^{3,4}.

Para algunos autores⁵ no existe relación entre el número de dilataciones y las recurrencias, y en los casos que nosotros presentamos no fueron bien desde la primera dilatación.

Se ha relacionado el diámetro del balón con los resultados obtenidos. Así, Kozarek⁴ encuentra que cuando se utiliza un balón < 40 Fr obtienen un 50% de pacientes asintomáticos, mientras que con un balón > 50 Fr aumenta ese porcentaje a un 90%.

También se disminuye el número de sesiones al asociar las estricturectomías. Hagiwara et al⁶ obtienen un 100% de éxitos en la primera sesión sin complicaciones, indicando el procedimiento en las recidivas tras 2-3 intentos de dilatación infructuosos, mientras que Suchan et³ al lo hacen cuando la luz es menor de 7 mm. Esta técnica requiere experiencia y existe un riesgo potencial de perforación dado que no hay claras marcas que orienten hacia la profundidad.

En nuestra opinión, y al igual que otros autores⁶, cuando hacen falta más de tres sesiones hay que considerar otras opciones terapéuticas, una de las cuales es el tratamiento con inyección intralesional de corticoides. Esta ha sido usada en las estenosis de las anastomosis esofagógicas⁷, estenosis de las anastomosis colorrectales⁸ y en la enfermedad de Crohn⁹.

La utilización de inyección intralesional de corticoides en las estenosis de las anastomosis esofágicas disminuye el número de dilataciones, alarga el intervalo entre ellas, disminuye la recurrencia y aumenta el diámetro máximo¹⁰. La más utilizada es la triamcinolona acetónido¹⁰.

El mecanismo de acción por el cual los corticoides aumentan la eficacia de la dilatación no está aclarado, pero es sabido que la inyección intralesional de corticoides reduce la respuesta inflamatoria, demostrada en estudios histológicos de biopsia⁷. Además, inhibe la formación de estenosis interfiriendo en la síntesis de colágeno, habiéndose sugerido que la triamcinolona acetónido previene *the cross-linking* de colágeno que origina la retracción de la cicatriz¹⁰.

Entre los años 2005 y 2010, hemos tratado 12 pacientes con estenosis de anastomosis intestinales, de las cuales 11 eran colorrectales. Inicialmente fueron tratados mediante dilatación con balón, pero 3 de ellos fueron refractarios a 3 sesiones sucesivas de dilatación. Presentando un diámetro de luz menor de 0,4 cm, medido con la pinza de biopsia. Se les propuso tratamiento con inyección intralesional de corticoides, solo aceptado por dos de ellos.

El primer caso correspondía a una mujer de 77 años de edad a la que se practicó una resección anterior de recto por una neoplasia (T3N1M0), y que había recibido radioquimioterapia preoperatoria. La anastomosis se realizó con sutura mecánica (EEA 33), sin complicaciones postoperatorias. A los 11 meses desarrolló un cuadro de distensión abdominal, meteorismo y estreñimiento, siendo diagnosticada por endoscopia de estenosis de la anastomosis a 9 cm del margen anal.

El segundo paciente se trataba de un varón de 69 años de edad con una neoplasia de recto, al que se realizó una

resección anterior con ileostomía de protección (T2N0M0). La anastomosis se realizó con sutura mecánica (EEA 31), sin complicaciones postoperatorias. En la colonoscopia de control, previa al cierre de la ileostomía, se comprobó una estenosis a 7 cm del margen anal.

El procedimiento se realizó bajo sedación profunda por anestesiólogo. Tras visualizar la estenosis con el endoscopio se introdujo una guía, sobre la cual se realizó dilatación hidrostática con balón de 20 mm (Microinvasive™, Boston Scientific, EE.UU.). A continuación se inyectaron 10 mg de triamcinolona acetónido en cada cuadrante (40 mg en total), y posteriormente se realizó una nueva dilatación a una presión de 6 atm durante cinco minutos. En el control endoscópico a las 3 semanas, se evidenció una dilatación parcial de la estenosis, que permitía el paso del endoscopio, por lo que se procedió a una nueva infiltración de 40 mg de triamcinolona acetónido en ambos pacientes. En el siguiente control a las 4 semanas la luz era amplia, estando asintomática la primera paciente y cerrando la ileostomía en el segundo. El seguimiento de los pacientes ha sido de 24 meses en el primer caso y de 54 en el segundo, confirmando un diámetro de luz de la anastomosis superior a los 2 cm. No hubo complicaciones con el procedimiento.

La información disponible de esta alternativa terapéutica se basa en series cortas de estenosis esofágicas y estenosis intestinales en enfermedad de Crohn. Siendo marginales los datos respecto a las estenosis de anastomosis sin enfermedad inflamatoria intestinal, a la que aportamos dos casos. De todas formas, consideramos que la infiltración con corticoides es una alternativa terapéutica para las estenosis recidivantes tras dilatación con balón. Es una técnica simple, con bajo coste, segura y efectiva, no precisando de equipos sofisticados.

BIBLIOGRAFÍA

1. ASGE Technology Committee. Tools for endoscopic stricture dilation. *Gastrointest Endosc.* 2004;59:753-60.
2. Garcea G, Sutton CD, Lloyd TD, Jameson J, Scott A, Kelly MJ. Management of benign rectal strictures: a review of present therapeutic procedures. *Dis Colon Rectum.* 2003;46:1451-60.
3. Suchan KL, Muldner A, Manegold BC. Endoscopic treatment of postoperative colorectal anastomotic strictures. *Surg Endosc.* 2003;17:1110-3.
4. Kozarek RA. Hydrostatic balloon dilation of gastrointestinal stenoses: a national survey. *Gastrointest Endosc.* 1986;32:15-9.
5. Placer C, Urdapilleta G, Markinez I, Mugika F, Múgica J, Elósegui J, et al. Estenosis anastomóticas benignas en la cirugía radical del cáncer de recto. Resultados del tratamiento con dilatación hidrostática. *Cir Esp.* 2010;87:239-43.
6. Hagiwara A, Sakakura C, Shirasu M, Torii T, Hirata Y, Yamagishi H. Sigmoidofiberscopic incision plus balloon dilatation for anastomotic cicatricial stricture after resection of the rectum. *World J Surg.* 1999;23:717-20.
7. Miyashita M, Onda M, Okawa K, Matsutani T, Yoshiyuki T, Sasajima K, et al. Endoscopic dexamethasone injection following balloon dilatation of anastomotic stricture after esophagogastrostomy. *Am J Surg.* 1997;174:442-4.
8. Lucha PA, Fticasar JE, Francis MJ. The strictured anastomosis: successful treatment by corticosteroid injections-report of three cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum.* 2005;48:862-5.

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.