



## Carta científica

## Exéresis toracoscópica en posición decúbito prono de un hemangioma esofágico



### Thoracoscopic removal of an esophageal hemangioma in the prone decubitus position

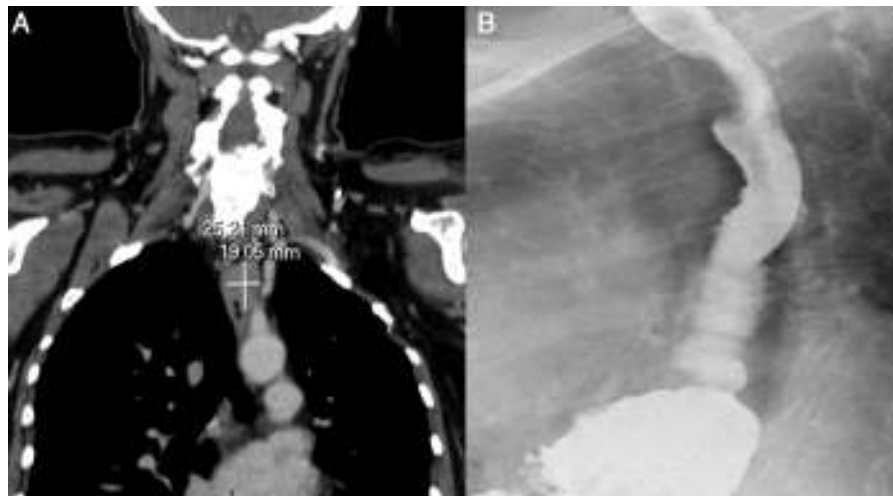
El hemangioma cavernoso esofágico es un raro tumor benigno con menos de 100 casos descritos en la literatura, que puede simular un tumor maligno.

Mujer de 63 años, con antecedentes personales de tumorectomía de mama derecha por carcinoma lobulillar (estadio T1N0) y biopsia selectiva de ganglio centinela en 2013. Acudió a nuestra consulta por disfagia de grado I a alimentos sólidos de 24 meses de evolución; desde hace 2 meses disfagia grado III a líquidos asociada a una disfonía de 6 meses de evolución. En la tomografía computarizada (TC) torácica se visualizó una imagen nodular en la pared del esófago torácico de aproximadamente 2,5 × 1,9 cm de tamaño (fig. 1A). En el tránsito esofagogástrico se identificó un defecto de repleción de superficie lisa, compatible con una tumoración submucosa (fig. 1B). Se completó el estudio con una ecoendoscopia que objetivó un tumor de 22 × 13 mm, a 25 cm de la arcada dentaria, de ecogenicidad heterogénea, con zonas quísticas y adenopatías perilesionales de 7 mm. El material obtenido de la punción aspiración con aguja fina (PAAF) fue hemático. Ante la incertidumbre de la naturaleza exacta de la lesión y de su evolución posterior, se decidió la intervención quirúrgica. Se realizó intubación selectiva del bronquio principal izquierdo y se procedió a un abordaje videotoracoscópico derecho, con la paciente en decúbito prono. Previo colapso pulmonar selectivo, se colocaron 4 trocares en hemitórax derecho: 2 trocares de 12 mm y 2 trocares de 5 mm subescapulares. Se realizó endoscopia intraoperatoria para confirmar la ubicación del tumor 2 cm proximal a la vena ácigos, la cual se seccionó con una grapadora vascular de 30 mm. Se abrió longitudinalmente la pleura mediastínica sobre la zona de protrusión tumoral utilizando un gancho de electrocauterio y la capa muscular del esófago en el mismo sentido. Posteriormente, se realizó una disección laboriosa de la tumoración submucosa que se encontraba adherida al plano de la mucosa, probablemente por fibrosis secundaria a las PAAF previas, pero sin producirse perforación de la mucosa; finalmente se completó

la enucleación (fig. 2). La pieza quirúrgica se introdujo en una bolsa de espécimen y se suturó la miotomía para prevenir el prolapso mucoso. Se cerraron los orificios de los trocares y se colocaron 2 tubos torácicos de 20F. La evolución postoperatoria transcurrió sin incidencias, a excepción de una crisis de hipertensión arterial de difícil control y fiebre que cedió tras la retirada de la vía central; todo ello prolongando la estancia hospitalaria. Un tránsito radiológico de control no reveló fístula ni estenosis, y la paciente inició con buena tolerancia la dieta oral. Fue dada de alta al décimo día del postoperatorio. El estudio anatomopatológico con las técnicas inmunohistoquímicas estableció el diagnóstico de hemangioma cavernoso (2,1 cm) localizado en la submucosa, circunscrito y pseudoencapsulado, encontrándose integrado por elementos vasculares de predominio venoso y áreas con estructuras capilares.

El hemangioma cavernoso esofágico se origina en la submucosa esofágica y protruye en la luz dando lugar a pseudopólipos. Su incidencia es desconocida, con pocos casos descritos en la literatura. Los síntomas más frecuentes son la disfagia y la hemorragia. La endoscopia puede ser diagnóstica al mostrar una formación azul grisácea, fácilmente compresible, lo que debe hacer sospechar el diagnóstico de hemangioma y evitar la biopsia que está formalmente contraindicada. La ecoendoscopia permite observar la lesión, su localización y puede precisar la naturaleza vascular de la formación. La TC con contraste pone también de manifiesto la lesión. A pesar de su benignidad, es muy importante tratarlo porque puede dar lugar a complicaciones fatales como hemorragia grave<sup>1</sup>. La vía endoscópica puede ser útil en tumores pequeños, sin embargo, la cirugía está indicada en la mayor parte de los casos<sup>2</sup>.

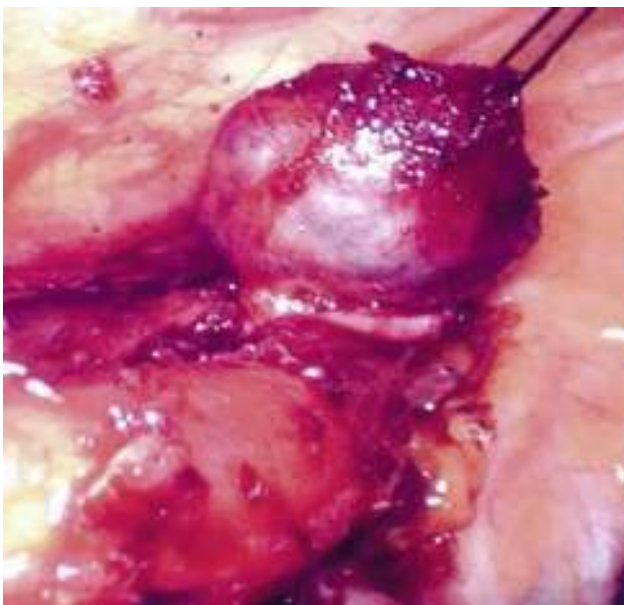
Las primeras enucleaciones por videotoroscopia se publicaron en 1992<sup>3,4</sup>. Sin embargo, las indicaciones no han sido establecidas sugiriendo que los leiomiomas esofágicos de 1 a 5 cm de diámetro serían los mejores candidatos para toracoscopia asociando una estancia hospitalaria más corta<sup>5</sup>.



**Figura 1 – A) TC con contraste iv de tórax. Lesión esofágica estenosante submucosa de 2,5 × 1,9 cm de longitud craneocaudal y transversal a 3,4 cm de la carina en su borde inferior. B) Tránsito esofagogástrico con bario. En el esófago torácico se observa un defecto de repleción de superficie lisa, compatible con tumoración submucosa.**

En las lesiones esofágicas del tercio inferior, la enucleación por laparoscopia puede ser una opción válida<sup>6</sup>.

La posición en decúbito prono mejora la oxigenación continua durante al menos 12 h después de la intervención<sup>7</sup>, la capacidad funcional respiratoria y la distensibilidad pulmonar. Otras ventajas son la mejora de la recuperación de los pacientes con fracaso respiratorio agudo y del movimiento diafragmático, la prevención de la aparición de la neumonía y de la atelectasia dependiente en el pulmón izquierdo, que con frecuencia se produce en la posición de decúbito izquierdo<sup>8</sup>.



**Figura 2 – Enucleación toroscópica de la tumoración esofágica.**

El abordaje mínimamente invasivo es una alternativa segura a la técnica abierta que presenta menor pérdida sanguínea, menor estancia hospitalaria, reducción de la morbilidad total<sup>9</sup>, disminución del trauma quirúrgico y un rápido retorno a las actividades cotidianas normales<sup>10</sup>.

Con el caso que describimos queremos señalar la factibilidad de la realización de una enucleación extramucosa esofágica mediante videotoroscopia en decúbito prono.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Araki K, Ohno S, Egashira A, Saeki H, Kawaguchi H, Ikeda Y, et al. Esophageal haemangioma: A case report and review of the literature. *Hepatogastroenterology*. 1999;46: 3148–54.
2. Marks JM, King AJ. Current status of management of malignant disease: What are the options for premalignant lesions of the esophagus and stomach? *J Gastrointest Surg*. 2014;19:575–8.
3. Bardini R, Segalin A, Ruol A, Pavanello M, Peracchia A. Videothoracoscopic enucleation of esophageal leiomyoma. *Ann Thorac Surg*. 1992;54:576–7.
4. Everitt NJ, Glinatsis M, McMahon MJ. Thoracoscopic enucleation of leiomyoma of the oesophagus. *Br J Surg*. 1992;79:643.
5. Shin S, Choi YS, Shim YM, Kim HJ, Kim K, Kim J. Enucleation of esophageal submucosal tumors: A single institution's experience. *Ann Thorac Surg*. 2014;97:454–9.
6. Berrisford RG, Wajed SA, Sanders D, Rucklidge MW. Short term outcomes following total minimally invasive oesophagectomy. *Br J Surg*. 2008;95:602–10.

7. Feng M, Shen Y, Wang H, Tan L, Zhang Y, Khan MA, et al. Thoracoscopic esophagectomy: Is the prone position a safe alternative to the decubitus position. *J Am Coll Surg*. 2012;214:838-44.
8. Tanaka E, Okabe H, Kinjo Y, Tsunoda S, Obama K, Hisamori S, et al. Advantages of the prone position for minimally invasive esophagectomy in comparison to the left decubitus position: Better oxygenation after minimally invasive esophagectomy. *Surg Today*. 2014 [Epub ahead of print].
9. Nagpal K, Ahmed K, Vats A, Yakoub D, James D, Ashrafian L, et al. Is minimally invasive surgery beneficial in the management of esophageal cancer? A meta-analysis. *Surg Endosc*. 2010;24:1621-9.
10. Kent M, d'Amato T, Nordman C, Schuchert M, Landreneau R, Alvelo-Rivera M, et al. Minimally invasive resection of benign esophageal tumors. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2007;134:176-81.

José Jacob Motos Micó\*, Elisabeth Vidaña Márquez, Ricardo Belda Lozano, Manuel Ferrer Márquez y Rafael Rosado Cobián

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Torrecárdenas, Almería, España*

*\* Autor para correspondencia.*

Correo electrónico: [jacob\\_motos@hotmail.com](mailto:jacob_motos@hotmail.com) (J.J. Motos Micó).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.03.006>  
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.