



Original

Leiomoma de esófago[☆]

Luis F. Loviscek^{a,*}, Jong Hyoun Yun^a, Yoo Sun Park^a, Ariel Chiari^a,
Cristian Grillo^a y María C. Cenoz^b

^aSección Cirugía Esofágica, Departamento de Cirugía, Hospital Pirovano, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

^bAnatomía Patológica, Hospital Pirovano, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de mayo de 2008

Aceptado el 1 de septiembre de 2008

on-line el 5 de febrero de 2009

Palabras clave:

Esófago

Tumor benigno

Leiomoma

Cirugía

Toracoscopia

RESUMEN

Introducción: el leiomoma de esófago es un tumor poco frecuente. El objetivo de esta comunicación es describir la forma de presentación, las vías de abordaje y la técnica quirúrgica en 5 casos consecutivos.

Material y método: se analizaron retrospectivamente los datos registrados prospectivamente de 5 pacientes consecutivos operados entre 2003 y 2007.

Resultados: todos los pacientes consultaron por disfagia a sólidos. Todos fueron estudiados con radiología contrastada, videoendoscopia y tomografía computarizada, si bien en 4 de ellos también se realizó ecoendoscopia. La técnica quirúrgica fue la enucleación extramucosa: 3 casos por toracoscopia y 2 por toracotomía. No se observaron complicaciones. El estudio inmunohistoquímico fue negativo para CD117 y CD34 en todos los casos. **Conclusiones:** la enucleación de los leiomomas de esófago por videotoracoscopia es segura y bien tolerada, permite una rápida recuperación y es el procedimiento de elección para este tumor benigno. La toracotomía puede ser necesaria en algunas presentaciones y localizaciones.

© 2008 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Leiomyoma of the oesophagus

ABSTRACT

Introduction: Oesophageal leiomyoma is a rare tumour. The purpose of this paper is to describe the form of presentation, the approaches and the surgical technique, in five consecutive cases.

Material and method: A retrospective analysis was performed on the data recorded prospectively on five consecutive patients operated on between 2003 and 2007.

Results: All the patients were seen due to dysphagia to solids. All were examined with contrast radiology, video-endoscopy and computed tomography, although 4 of them also had ultrasound endoscopy performed. The surgical technique was extra-mucosal enucleation, with 3 cases by thoracoscopy and 2 by thoracotomy. There were no complications. The immunohistochemistry study was negative for CD117 and CD34 in all cases.

Keywords:

Oesophagus

Benign tumour

Leiomyoma

Surgery

Thoracoscopy

[☆]Trabajo presentado y leído en el 78.º Congreso Argentino de Cirugía. Ciudad de Buenos Aires, octubre de 2007.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lovisceklf@yahoo.com.ar (L.F. Loviscek).

0009-739X/\$ - see front matter © 2008 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2008.09.004

Conclusions: Enucleation of oesophageal leiomyomas by video-thoracoscopy is safe, well tolerated, and there is a rapid recovery, and is the procedure of choice for this benign tumour. Thoracotomy may be necessary in some presentations and locations.

© 2008 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El leiomioma es un tumor benigno. Es poco frecuente, 0,4-1% de los tumores del esófago¹, pero es el más común de los tumores benignos (67-80%) del esófago². Su diagnóstico diferencial debe establecerse con el cáncer, los tumores de la estroma gastrointestinal (GIST) y otros tumores benignos. Generalmente se presenta como una masa intramural solitaria de forma ovalada que se origina en la muscular propia o en forma elongada, anular, en herradura o en espiral, rodeando la pared del esófago^{1,2}. Los leiomiomas pueden ser múltiples en aproximadamente un 5% de los casos³. El aspecto endoscópico es el de una masa recubierta por mucosa normal⁴. La necesidad de resear o no un leiomioma se basa en los síntomas que produce, especialmente disfagia, y en el diagnóstico diferencial con los GIST⁵. La técnica más utilizada es la enucleación extramucosa⁶.

El objetivo de este trabajo es describir los síntomas, la forma de presentación, las indicaciones quirúrgicas, la vía de abordaje y la técnica quirúrgica utilizada en 5 pacientes con leiomioma del esófago tratados quirúrgicamente.

Material y método

Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 5 pacientes con leiomioma de esófago operados entre 2003 y 2007. Los datos tenidos en cuenta fueron edad, sexo, síntomas principales, estudios diagnósticos realizados, localización, vía de abordaje, técnica quirúrgica, evolución y estudio anatomopatológico del tumor reseado. De los 5 pacientes, 3 eran varones. La media de edad fue de 51 (48-57) años. En todos los casos, la técnica utilizada fue la enucleación extramucosa, por toracotomía derecha en 2 casos y por videotoracosopia (VT) en 3.

En los pacientes operados por VT, la técnica empleada fue la siguiente: paciente en decúbito lateral izquierdo con anestesia general e intubación bronquial selectiva. El cirujano se sitúa a la derecha del paciente. Previo colapso pulmonar, se colocaron cuatro trocares en el hemitórax derecho, en líneas axilar media, axilar anterior y axilar posterior. Se utilizó en todos los casos una óptica de 30° introducida por un trocar de 10 mm colocado en línea media del séptimo y el octavo espacio intercostal para los tumores altos y en el cuarto y el quinto espacio intercostal para los tumores bajos. Un trocar de 5 mm para introducir una *grasper* y otro trocar de 5 mm para introducir el *hook*, la tijera o una pinza Ligasure® de 5 mm, en líneas axilares anterior y posterior. Un cuarto trocar de 10 mm se utilizó para colocar un retractor pulmonar. En un caso se utilizó un quinto trocar de 10 mm. Una vez establecidos la visión y el campo quirúrgico, se separó el pulmón colapsado para exponer el esófago seccionando, si es necesario, el ligamento triangular. A continuación se seccionó la pleura mediastínica y se liberó el esófago a la altura del

tumor. En todos los casos se conservó la vena ácigos. Se seccionaron y separaron las fibras musculares del esófago, con especial cuidado para preservar los nervios vagos y/o sus ramas, hasta la exposición del tumor y luego, con maniobras romas preferentemente, se llevó a cabo la enucleación extramucosa del leiomioma. En algunos casos, colocar un punto en el leiomioma permitió traccionar del tumor y facilitó la enucleación. Una vez enucleado el leiomioma y comprobada la indemnidad de la mucosa del esófago, se aproximaron las fibras musculares del esófago con puntos de seda 2/0. En todos los casos se colocaron uno o dos tubos de tórax.

Resultados

Todos los pacientes consultaron por disfagia a sólidos. Dos de los 5 pacientes padecían dolor torácico no cardiogénico. Todos fueron estudiados con radiología contrastada, videoendoscopia



Figura 1 – Imagen regular de bordes netos que forma un ángulo agudo con la pared esofágica.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4253784>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4253784>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)