

# Leiomioma de esófago

A propósito de 2 observaciones

Dres. Raúl Morelli, Alicia Lucinschi,  
Ciro Ferreyra, Julio López Susviela

Se presentan 2 observaciones de leiomioma de esófago operados por los autores. Este tumor benigno de la fibra muscular lisa es el más frecuente entre los tumores benignos de esófago, pero su frecuencia global es muy baja. Se localiza frecuente en la mitad inferior del esófago y su carácter clínico principal es la disfagia que aparece tardiamente. En la mitad de los casos no da síntomas. Se diagnostica por la radiología y principalmente por la endoscopia. Su tratamiento de elección es la enucleación por vía torácica.

*PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:*  
*Leiomyoma. esophagus.*

## SUMMARY: Esophageal Leiomyoma. Based on two observations

Observation of two cases of esophageal leiomyoma operated by authors is presented. This benign tumor of smooth muscle fibre is the most frequent among esophageal tumors but its overall rate of frequency is very low. It is often located at the lower half of the esophagus and its main clinical characteristic is its late subsequent dysphagia. In a 50 percent of cases there are no symptoms. Diagnosis is made through radiology and mainly by endoscopy. Preferred treatment is thoracic enucleation.

*Clinica Quirúrgica "F". (Director Prof. Dr. Luis Praderi). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.*

## RÉSUMÉ: Léiomyome de l'oesophage. A propos de 2 observations.

On présente 2 observations de léiomyome d'oesophage opérés par les auteurs. Cette tumeur bénigne de la fibre musculaire lisse est la plus fréquente parmi les tumeurs bénignes de l'oesophage, mais sa fréquence globale est très basse. Il siège fréquemment dans la moitié inférieure de l'oesophage et son caractère clinique principal est la dysphagie qui se manifeste tardivement. Dans la moitié des cas, il n'y a pas de symptômes. On le diagnostique à travers la radiologie et surtout à "l'endoscopie". Le traitement d'élection est l'enucleation par voie thoracique.

## INTRODUCCION

Nos ha parecido conveniente presentar estas dos observaciones de leiomioma de esófago que hemos operado recientemente, ya que en este Congreso se tratará el tema en un Simposio. Es un tumor que puede manifestarse de manera vaga, con síntomas poco claros y presentar problemas para su estudio, diagnóstico y también para su tratamiento.

## CASUISTICA

Caso 1: M.S., hombre, 53 años. IMPASA N° 19.741. Paciente sin antecedentes a destacar que consulta por disfagia intermitente para sólidos, vinculada a factores emocionales de 1 mes

---

Presentado como tema libre al 35° Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo 2-6 diciembre de 1984.  
Profes. Adjuntos y Asistentes de Clínica Quirúrgica.  
Dirección: Av. Italia 2569. Montevideo. (Dr. R. Morelli).

de evolución. El esófago-gastroduodeno es normal. La endoscopia muestra a 30 cm de la arcada dentaria una pequeña tumoración cubierta de mucosa normal, de consistencia firme. Resto de esófago, estómago y duodeno normales. Radiografía de tórax, dentro de límites normales. *OPERACION: 23/7/82.* Toracotomía por 5º espacio derecho. Se disecciona el esófago en su sector medio, se abre un sector de capa muscular y se enuclea un tumor de 2 por 2 cm. La mucosa queda indemne. Cierre de la brecha muscular. Cierre de la pared torácica de manera habitual. Evolución sin incidentes. *ANAT. PATOL.:* leiomioma de esófago.

*Caso 2:* M.Z., mujer, 51 años. H.C. Reg. 462.910. Paciente con antecedentes de una intervención hace varios años por quiste hidático de lóbulo izquierdo de hígado, que en un hallazgo casual se le descubre en la radiografía de tórax una imagen paracardiaca izquierda y posterior de 6 cm de diámetro. Los estudios inmunológicos para quiste hidático son negativos. No tiene disfagia. Se plantea quiste hidático de pulmón. *OPERACION: 1/8/84.* Toracotomía izquierda a nivel del 6º espacio. Se comprueba tumoración del tercio inferior del esófago. Se logra enucleación casi totalmente, extirpádola con un sector de mucosa que adhería firmemente al tumor. Es de señalar que el tumor era casi totalmente anular alrededor del esófago. Se cierra la mucosa y la capa muscular. Cierre del tórax de manera habitual. Evolución satisfactoria. *ANAT. PATOL.:* leiomioma de esófago.

## PATOLOGIA:

El leiomioma se puede presentar en cualquier órgano con fibra muscular lisa.

a) *Frecuencia:* es una lesión sumamente rara. En el esófago, es el tumor benigno más frecuente, correspondiéndole más del 75% de todos los tumores no malignos<sup>(6)</sup>. Representan el 5-10% de todos los leiomiomas del tubo digestivo<sup>(4)</sup>. Comparada su frecuencia con los tumores malignos es del orden del 1-2%

En nuestro medio Martínez y col.<sup>(3)</sup> publican un caso. De la bibliografía consultada encontramos varios trabajos que se ocupan del tema. El más importante es el de Seremetis y col.<sup>(6)</sup> que tratan 19 casos en un período de 12 años y realizan una magnífica descripción de la enfermedad. Este autor señala que un médico general, un gastroenterólogo o un cirujano, pueden no ver ninguno en su vida y concluye dando cifras estadísticas de varias series de autopsias en las que el promedio de leiomiomas es de 1 en 1.120 autopsias. Solomon y col.<sup>(8)</sup> en 1983 recogen en su Servicio 9 casos en el período 1968-1983.

Tiene una prevalencia de 2 a 1 en el hombre y aparece generalmente en la edad media de la vida.

b) *Localización:* la mayoría de los autores<sup>(1 4 5 7 8)</sup> dan una localización más o menos similar. En el 56% de los casos el tumor está en el tercio inferior del esófago y en el 33% en el tercio medio.

En el 97% de los casos fueron encontrados en situación intramural, como en nuestra 1ª observación, debido a su posible origen en la capa muscular circular del órgano<sup>(5)</sup>. En el 2%, fueron

descritos como extendiéndose extraesofágicos hacia el mediastino como en la 2ª observación.

c) *Anatomía patológica:* su tamaño es variable pudiendo variar de 2 a 5 cm hasta pesar más de 1 kg<sup>(6)</sup>. En general son lesiones únicas pero pueden ser múltiples<sup>(8)</sup>. Hay casos estudiados<sup>(1, 7)</sup> en la que la afección se localiza en forma difusa en todo el esófago y exige una terapéutica muy agresiva. El leiomioma típico es de consistencia firme, redondeado con zonas salientes, abollonado, blanco-grisáceo o amarillento al corte. Puede calcificarse<sup>(2)</sup>. Todos son encapsulados, pero esta cápsula no es prominente ni fuerte. Microscópicamente se ven los manojos de fibras musculares lisas con tejido fibroso intercalado. Puede haber tejido nervioso abundante y a veces confundirse con un neurinoma<sup>(8)</sup>.

d) *Clinica:* se considera que más de la mitad de los leiomiomas de esófago son asintomáticos<sup>(5)</sup>. Es importante señalar que a veces el tumor puede alcanzar gran tamaño sin dar disfagia (obs. 2ª).

Clásicamente está descrito<sup>(9)</sup>, que el tumor tiene que tener más de 5 cm para dar síntomas. Los más frecuentes son: *disfagia* que puede ser de diferente grado; *dolor*, principalmente retroesternal o hacia la izquierda y a veces opresión retroesternal; *pirosis*, *adelgazamiento* y *otros* totalmente inespecíficos.

### e) Exámenes complementarios:

- Radiografía simple de tórax en frente y perfil: puede mostrar una imagen densa mediastinal posterior que puede avanzar sobre los campos pulmonares y simular otra patología (obs. 2ª).
- Estudios contrastados: son muy importantes y pueden hacer el diagnóstico en la mayoría de los casos. Es característico el defecto de relleno del esófago, de bordes nítidos, con conservación de la movilidad de las zonas vecinas y de la indemnidad de la mucosa. Al contrario del neoplasma no suele existir dilatación supraestenótica.
- Endoscopia: puede ser útil para descartar una afección maligna. El esofagoscopio suele pasar con facilidad, debido a la distensibilidad de la pared esofágica no afectada. En general se aprecia una mucosa sana, móvil sobre el tumor. La biopsia no debe hacerse por el peligro de producir perforación, inflamación y posible mediastinitis, que podría perturbar la operación que está indicada sea cual fuera el diagnóstico histológico<sup>(7 9)</sup>. Es excepcional que haya ulceración de la mucosa, pero este hallazgo nos puede hacer sospechar la presencia de un leiomiomasarcoma<sup>(9)</sup>.

— Otros medios de estudios tales como la tomografía computada o la arteriografía estarán indicados en los casos que existan dudas.

f) *Diagnósticos diferenciales*: el diagnóstico positivo se realiza con los estudios complementarios y pensando en esta patología. Siempre es necesario descartar el carcinoma, los divertículos y la hernia hiatal. La patología mediastinal tal como el aneurisma de aorta, los tumores o quistes mediastinales obligarán a realizar estudios especiales.

## TRATAMIENTO

La enucleación por vía torácica con conservación de la mucosa es el proceder de elección. Se puede realizar en el 20% de los casos<sup>(6)</sup>. Se abordará por la izquierda los de tercio inferior y por la derecha los de tercio medio. Puede ser necesario emplear la vía cervical para los de tercio superior. En ocasiones hay obligación de extirpar músculo o mucosa adyacente, reparando la efracción de manera habitual. Excepcionalmente en los casos de lesiones muy extendidas o circulares con adherencias muy firmes, es necesario realizar una resección esofágica y la reparación será la anastomosis al estómago.

## CONCLUSIONES

El leiomioma de esófago es una lesión poco frecuente que da sintomatología en la mitad de

los casos. Su clínica es inespecífica y los estudios contrastados y endoscópicos pueden aproximarnos al diagnóstico. En nuestras observaciones encontramos que en la primera, el clásico tumor producía una disfagia leve y fue diagnosticado por la endoscopia. En el segundo caso el diagnóstico fue intraoperatorio confundiendo con un tumor pulmonar. En ambos enfermos el tratamiento fue la enucleación con excelente resultado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DUMAS P. et col. — Léiomyomes, léiomyomatose de l'oesophage et formes de transition. Bordeaux Méd. 13: 1559, 1980.
2. HUDDY P. et al. — Leiomyoma of the oesophagus with calcification. Br. J. Surg. 59: 239, 1972.
3. MARTINEZ J.L., BAZZINO F., FORMENTO A., GORLERO M.L., GONZALEZ S., NAVARRETE M. y CHIFFLET J. — Leiomioma de esófago. Cir. Urug. 53: 232, 1983.
4. OBERHELMAN H.A. and al. — Leiomyoma of the gastrointestinal tract. Surg. Clin. North Am. 32: 111, 1952.
5. POSTLETHWAIT R.W. — Benign tumors and cysts of the oesophagus. Surg. Clin. North Am. 63: 925, 1983.
6. SEREMETIS M. and al. — Leiomyomata of the esophagus. Cancer 38: 2166, 1976.
7. SERRANO MUÑOZ F. y col. — Leiomioma difuso. Presentación del caso. Rev. Clin. Esp. 145: 227, 1977.
8. SOLOMON M. and al. — Leiomyoma of the esophagus. Ann. Surg. 199: 246, 1983.
9. SPENCER PAYNE W. and al. — In The Esophagus. Philadelphia. Lea and Febiger, 1974.