

Leiomioma de esófago

Dres. Aníbal Filartiga Lacroix ¹, Carlos Raúl Wattiez González ²,
Alejandro Giménez Villarejo ³, Pablo Ernesto Lemir Marchese ⁴

Resumen

El leiomioma esofágico es un tumor maligno no epitelial infrecuente, de difícil diagnóstico preoperatorio. El diagnóstico se basa en el esofagograma, endoscopia y sobre todo en la biopsia submucosa. La tomografía axial computada sirve como medio diagnóstico y de extensión en vecindad.

El índice mitótico es la característica diferencial fundamental entre el leiomioma y el leiomioma.

El tratamiento fundamental es la esofagectomía amplia, siendo la radioterapia el tratamiento adyuvante.

Se reporta un caso de leiomioma esofágico, diagnosticado y tratado en nuestro servicio, 1° Cátedra de Clínica Quirúrgica, Facultad de Ciencias Médicas. Se refieren sus características, y se hace revisión de la bibliografía publicada.

Summary

Esophageal leiomyosarcoma is an infrequent non-epithelial malignant tumor very difficult to diagnose preoperatively. The diagnosis is based on barium swallow, endoscopy and biopsy. CT scan can be helpful for staging.

The mitotic index is the main difference between leiomyoma and leiomyosarcoma. Standard treatment is extensive esophagectomy with adjuvant radiotherapy. This report is a case of esophageal leiomyosarcoma diagnosed and treated in our service. First Department of Surgery of the Hospital de Clínicas in Asunción, Paraguay; with a review of the literature.

Palabras clave: Leiomioma
Esófago
Tubo digestivo

Introducción

El leiomioma de esófago es un tumor maligno no epitelial, infrecuente, de difícil diagnóstico preoperatorio y que plantea dudas en el diagnóstico diferencial con el leiomioma ⁽¹⁾.

Las características diferenciales entre el leiomioma de esófago y el leiomioma son notorias sólo una vez extirpada la pieza operatoria, y se basan fundamentalmente en el índice mitótico, que resulta difícil de establecer por la simple biopsia tumoral endoscópica ⁽¹⁾.

Objetivos

Análisis de un caso de leiomioma esofágico y revisión bibliográfica.

Caso clínico

Paciente del sexo masculino, setenta años, que ingresó el 7 de noviembre de 1995, dado de alta el 14 de diciembre de 1995, y pertenece al archivo de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas.

Consulta por disfagia a sólidos, vómitos alimenta-

1. Profesor Titular de la Primera Cátedra de Cirugía. Jefe de Departamento de la Primera Cátedra de Cirugía. Facultad de Ciencias Médicas, UNA.

2. Instructor de Clínica Quirúrgica de la Primera Cátedra de Cirugía. Subjefe de Guardia de Cirugía del Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, UNA.

3. Instructor de Clínica Quirúrgica de la Primera Cátedra de Cirugía. Subjefe de Guardia de Cirugía del Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, UNA.

4. Médico Interno.

Presentado a la Revista Cirugía del Uruguay en julio de 1997.

Correspondencia: Dr. Aníbal Filartiga. Hospital de Clínicas. Primera Cátedra de Cirugía. Asunción, Paraguay.

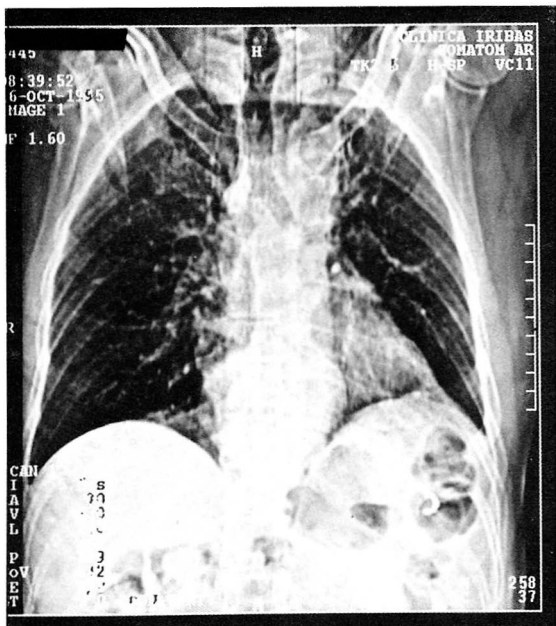


Figura 1. Radioscopia de tórax

rios y pérdida de peso de 15 kg, de 3 meses de evolución. Sin antecedentes; no fumador, bebedor social, no bebedor de mate caliente.

En la radiografía de tórax se observó trazos fibrosos en ambos vértices pulmonares que impresionaron como secuelas de tuberculosis.

En la radioscopia de tórax se observó una opacidad densa, ovalada, bien definida, de 10 cm de diámetro que se proyectaba sobre la novena, décima y undécima dorsales con latidos (figura 1).

En el esofagograma se observa un estrechamiento y desviación hacia la izquierda del esófago distal, como rodeando la opacidad descrita más arriba con bordes esofágicos lisos y mucosa engrosada; por encima se ven la dilatación del esófago, ondas secundarias y terciarias (figura 2).

En la tomografía axial computarizada se observa una masa inhomogénea ubicada entre la aurícula derecha y la aorta derecha, en el mediastino posteroinferior, de 9 cm de diámetro con áreas hipodensas y densas, que desplaza y deforma hacia la izquierda el esófago (figura 3).

La broncoscopia fue normal, así como la espirometría.

En la esofagoscopia se visualizó a 35 cm de la arcada dental superior, un tumor vegetante bilobulado, de superficie lisa, que ocupaba 50% de la circunferencia. Pasaje con dificultad, observándose otro estrechamiento irregular y fácilmente



Figura 2. Esofagograma

sangrante pudiendo observarse estómago y duodeno normal.

El resultado de la biopsia revela fragmentos de mucosa cardial y esofágica con moderado infiltrado agudo y crónico, no observándose proceso neoplásico.

El resto del preoperatorio fue rutinario para cirugía esofágica.

Con el diagnóstico de cáncer de tercio distal de esófago es intervenido quirúrgicamente, practicándose laparotomía mediana con resección del apéndice xifoides, constatándose tumor esofágico de 7 por 8 cm. A 2 cm del cardias se practicó esplenectomía de necesidad, toracotomía anterolateral derecha, gastrectomía polar superior y esofagectomía distal, hasta la vena ácigos, con anastomosis esofagogástrica terminolateral con sutura mecánica (Stappler® n° 25, Autosuture).

La anatomía patológica informó leiomiomas moderadamente diferenciado grado 2 con áreas mixoides y necrosis, con dos a tres mitosis por campo, con márgenes quirúrgicos libres de lesión.

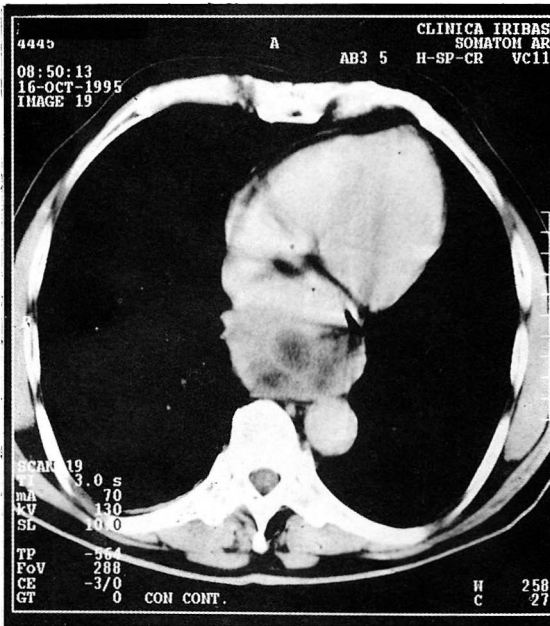


Figura 3. Tomografía axial computarizada

Posoperatorio favorable, es dado de alta el día 21 del posoperatorio previo control con contraste hidrosoluble, que informa buen pasaje a través de la anastomosis y sin fugas.

Seguimiento

3 meses: perdió 5 kg de peso. Sin disfagia y con buena tolerancia por vía oral.

11 meses: tránsito esofágico normal en el esofagograma. La endoscopia demostró esofagitis y gastritis leves sin estenosis (figura 4).

12 meses: masa tumoral multilobulada en región interescapulo vertebral derecha de 15 x 12 x 8 cm, de crecimiento rápido en tres semanas y dolor sobre la misma. Se practicó biopsia por escisión, constatándose metástasis del leiomioma. Se propone al paciente radioterapia, a la cual se niega.

Discusión

En nuestro servicio (1ª Cátedra de Clínica Quirúrgica), este es el primer caso observado en 1965 y 1996, siendo 1% de los 95 tumores malignos de esófago ingresados en ese período. Remontándonos a la historia según Mendes Almeida^(1,2) fue Chapman quien describió por primera vez el leiomioma de esófago en el año 1877. Sin embargo según Hoestra^(1,3) la primera

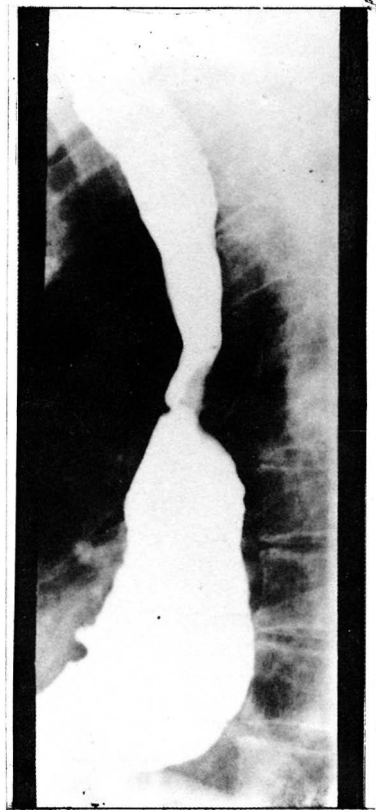


Figura 4. Esofagograma a los 11 meses

descripción correspondió a Howard en 1902. Hasta 1996 según la literatura revisada se han publicado no más de 200 casos de leiomioma esofágico, de los cuales solo la mitad de los casos fueron diagnosticados en el preoperatorio.

En un estudio hecho por Turnbull^(1,4) en 42 años en el Memorial Hospital de Nueva York, sobre una serie de 1918 tumores malignos de esófago, encontró 7 leiomiomas (0,36%). En otra serie de 708 pacientes con tumores malignos de esófago, Aagaard^(1,5) demostró la existencia de un leiomioma de esófago. Pero solo Shiraishi encontró 98 casos de leiomioma de esófago en el Hospital Metropolitano de Esófago, lo que nos lleva a pensar en una alta frecuencia en los países como Japón y China⁽⁶⁻⁸⁾

Este tipo de tumor es ligeramente más frecuente en el hombre que en la mujer, y la edad media de los casos estudiados fue de 60 años⁽¹⁾. La manifestación de los primeros síntomas varían entre días a varios años, se citan evoluciones de 15 días a 12 años⁽⁹⁾, siendo la disfagia el síntoma más relevante. La pérdida de peso, las

regurgitaciones, el dolor retroesternal y la disnea también acompañan a este tipo de neoplasia⁽¹⁾.

Han sido escritos como excepcionales la detección de una masa mediastínica en un control radiológico rutinario de tórax⁽¹⁾.

La localización más común es en el tercio medio del esófago (41%), seguida del tercio superior y luego el inferior. Según Pelissier y colaboradores^(1,10) (1989) desde el punto de vista macroscópico se presenta bajo cuatro tipos:

- Tipo I: polipoide.
- Tipo II: mediastínico.
- Tipo III: intramural.
- Tipo IV: estenosante.

En nuestro paciente se trataba de una forma tipo II. Debido a los pocos estudios efectuados y a la rareza del tumor, nos queda la duda razonable de que siendo el leiomioma el tumor benigno más frecuente no hemos hallado en la literatura ninguna confirmación de transformación de un leiomioma de esófago en leiomiosarcoma como el referido por Johanet^(1,11).

Desde el punto de vista anatomopatológico a la microscopía, son lesiones caracterizadas por una proliferación de células fusiformes con citoplasma fibrilar eosinófilo entrecruzadas entre sí, que presentan signos de malignidad como pleomorfismo nuclear, atipia celular y frecuentes mitosis. La presencia de más de cinco mitosis por cincuenta campos de gran aumento es signo de malignidad⁽¹²⁾. La naturaleza muscular se puede confirmar mediante inmunohistoquímica o por microscopía electrónica⁽¹⁾. La observación de fibra muscular lisa permite diferenciar este tipo de tumor de otros sarcomas (rabdomyosarcomas, fibrosarcomas, etcétera). En el análisis del ADN por citometría de flujo es más frecuente el ADN aneuploide en el leiomiosarcoma que en el leiomioma, pero no es estadísticamente significativo^(12,13). Frecuentemente la malignidad de estos tumores es difícil de demostrar, entonces los criterios se basan en las características macroscópicas de la lesión, tamaño de 5 a 6 cm, necrosis, áreas mixoides y hemorrágicas y presencia de falsa cápsula, siendo a veces el único criterio la presencia de diseminación local o ha distancia^(1,14).

La tomografía axial computarizada permite la identificación y localización intramural del tumor, a la vez que objetiva la extensión en vecindad. La resonancia nuclear magnética también puede demostrar la lesión no demostrando ser más sensible que la tomografía axial computarizada⁽¹⁵⁾.

La endoscopia diagnóstica se extiende desde las distintas lesiones anatomopatológicas del leiomiosarcoma ya referidos^(1,16,17) hasta la reciente utilización de ultrasonidos endoscópicos para evaluar la extensión a nivel de la pared esofágica y en vecindad.

La confirmación histológica se realiza mediante la biopsia endoscópica profunda abarcando la submucosa; aunque la misma solo ha sido posible en menos de la mitad de los casos publicados; tal como nos ocurrió a nosotros; por lo cual es difícil la diferenciación entre leiomioma y leiomiosarcoma por este método diagnóstico. Otros⁽¹⁸⁾ proponen la biopsia con asa diatérmica o por vía transtraqueal⁽¹⁹⁾.

En la actualidad el diagnóstico de leiomiosarcoma es realizado por la biopsia endoscópica o por la macroscopía peroperatoria. El tratamiento es esencialmente quirúrgico. La táctica a seguir debe ser esofagectomía parcial con resección completa del tumor con amplios márgenes de seguridad, incluyendo tejidos vecinos infiltrados. Debido a las series reducidas los resultados no pueden evaluarse con objetividad. La evolución natural de este tumor suele ser muy lenta y un paciente referido que rechazó el tratamiento quirúrgico falleció a los nueve años por causas propias a dicha patología^(1,10,20).

La quimioterapia no se menciona en los trabajos revisados como alternativa de tratamiento o adyuvancia.

La radioterapia⁽¹⁾ permitió en algunos casos diagnosticados preoperatoriamente reducir la masa tumoral facilitando la exéresis quirúrgica. Para otros no ofrece grandes expectativas⁽¹⁾. La tendencia presente es utilizarla como adyuvante de la cirugía sobre todo en los casos de tumores voluminosos o exéresis incompleta.

Conclusión

Debido a la escasa frecuencia e esta forma anatomopatológica del tumor y a las serias dificultades para hacer el diagnóstico preoperatorio, solo dos características: 1) el volumen tumoral intraoperatorio; y 2) la macroscopía son suficientes para sospechar naturaleza maligna y efectuar exéresis amplia aún sin disponer de confirmación histológica.

Bibliografía

1. Gutstein Feldman et al. Leiomiosarcoma de esófa-

- go, una afección poco habitual. *Cir Esp* 1995; 58(3): 256–8.
2. **Mendes Almeida JM.** Leiomyosarcoma of the oesophagus. *Chest* 1982; 81: 761–3.
 3. **Hoekstra HJ, Vermey A, Edens Eth.** Leiomyosarcoma of oesophagus. *J Surg Oncol* 1984; 25: 278–83.
 4. **Turnbull Ad, Rosen P, Godner JT, Beattie EJ.** Primary malignant tumors of the oesophagus other than typical epidermoid carcinoma. *Ann Thorac Surg* 1973; 15:463–73.
 5. **Aagaard MT, Dristensen IB, Lund O, Hasenkam JM, Kimose HH.** Primary malignant non-epithelial tumors of the thoracic oesophagus and cardia en 25-year surgical material. *Scand J Gastroenterol* 1990; 25:876–82.
 6. **Shiraishi M, et al.** A report of leiomyosarcoma of the esophagus. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 1995; 32(4): 286–91.
 7. **Koga H, et al.** Rapidly growing esophageal leiomyosarcoma: case report and review of the literature. *Abdom Imaging* 1995; 20(1): 15–9.
 8. **Chou, et al.** Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract: analysis of prognostic factors. *Surgery* 1996; 119(2): 171–7.
 9. **Jia QR.** Differential diagnosis and analysis of 34 cases with esophageal and cardiac leiomyoma and leiomyosarcoma. *Chung-Hua-Wai-Ko-Tsa-Chih* 1990; 28(4): 214–5,252.
 10. **Pélissier E, Bachour A, Angonin R, Carbillet JP, Bossset JF.** Leiomyosarcome de l'oesophage. A propos d'un cas avec revue de la littérature. *Chirurgie* 1989; 115: 467/75.
 11. **Johanet H, Marmuse JP, Timores A, Visuzaine CH, Toublanc M.** Leiomyosarcoma de l'oesophage, huit ans apres un dignostic de léiomyome. *Gastroenterol Clin Biol* 1991; 15:780.
 12. **Enzinger FM, Weiss SW.** *Soft tissue tumors* 2a. Ed. St. Louis: CV Mosby, 1983.
 13. **Chiba W et al.** A resected case at leiomyosarcoma of the esophagus the diagnosis was soported with DNA content analysis. *Nippon-Kyobu-Gena-Gakkai-Zasshi.* 1993 Jan; 41(1): 140–4.
 14. **Moran CA et al.** Malignant smooth muscle tumors presenting as mediastinal soft tissue masses. A Clinicopathologic study of 10 cases. *Cancer* 1994; 74(8): 2251–60.
 15. **Fujikura T, et al.** Operative removal of esophageal leiomyosarcoma: a case report. *Kyobu Geka* 1995; 48(11): 967–70.
 16. **Murata Y et al.** Evaluation of endoscopic ultrasonography for the diagnosis of submucosal tumors of the esophagus. *Surg Endosc* 1988; 2: 51–8.
 17. **Tio Ti, Tytgat-GN, et al.** Endoscopic ultrasonography for the evaluation of smooth muscle tumors in the upper gastrointestinal tract: an experience with 42 cases. *Gastrointest Endosc* 1990; 36(4): 342–50.
 18. **Faivre J, et al.** Benign tumors of esophagus: value of endoscopy. *Endoscopy* 1978; 10: 264–8.
 19. **Kostiainen S, et al.** Smooth-muscle tumors of the oesophagus. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1973; 7: 98–103.
 20. **Nakajima J, et al.** Successful resection of mediastinal and abdominal recurrent tumors of esophageal leiomyosarcoma 12 year after surgery *Kyobu-Geka* 1990; 43(2): 102–5.