



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-133 - RESECCIÓN TORACOSCÓPICA DE LEIOMIOMA ESOFÁGICO: NUESTRA EXPERIENCIA

*Pedrosa Soler, Marta; Martínez Hernández, Néstor J.; Estors, Miriam; Martínez, Sonia; Galbis, José Marcelo*

*Hospital de la Ribera, Alzira.*

### Resumen

**Introducción:** Los leiomiomas son los tumores benignos más frecuentes del esófago, siendo aun así extremadamente infrecuentes, suponiendo menos de un 1% del total de los tumores esofágicos, de los que no existen series largas y menos, con tratamiento mínimamente invasivo. Se localizan mayoritariamente en la porción medial o en el tercio inferior esofágico. La mayoría son de pequeño tamaño (< 10 cm en el 83% de los casos según refiere la literatura), asintomáticos y de lento crecimiento. Más del 90% son intramurales extramucosos. La mayoría se diagnostican de manera incidental, aunque los pacientes pueden presentar disfagia, reflujo, dolor retroesternal, pirosis, sangrado gastrointestinal y pérdida de peso. No se ha visto relación entre los síntomas y el tamaño o la localización del tumor. En el presente trabajo presentamos una serie de pacientes tratados mediante abordaje mínimamente invasivo (toracoscopia).

**Casos clínicos:** Se trata de tres pacientes con clínica de epigastralgia. Una mujer de 59 años con historia de RGE en tratamiento con IBP, un varón de 43 años fumador, alcohólico y VHB positivo, y otro de 51 años con antecedentes de exéresis de leiomioma gástrico hace años. Se les realiza esofagogastroduodenoscopia y TC observando en los tres casos una lesión submucosa a nivel esofágico a 28, 40 y 24 cm de arcada dentaria respectivamente que condiciona compresión extrínseca estenosando la luz, con tamaños entre los 25 y 60 mm. El diagnóstico clínico es de leiomioma. En los tres casos se decide intervención quirúrgica mediante videotoracoscopia con el paciente en decúbito lateral izquierdo. Se introduce un puerto para la óptica en 8º espacio intercostal línea axilar posterior y una incisión de asistencia en 6º espacio, línea axilar media, requiriendo únicamente uno de los pacientes un tercer puerto en 5º espacio, a nivel de punta de escápula. Se realiza escisión de la lesión realizando miotomía longitudinal sobre la zona y disección roma bajo plano muscular hasta completar resección. En uno de los pacientes no hubo posibilidad de acceso completo del tumor por lo que hubo que convertir a toracotomía. Se procede a reparación de la muscular mediante puntos sueltos de seda 2-0. Se comprueba aerostasia intraquirúrgica mediante instilación de aire por SNG que se retrae hasta esófago. El resultado anatomopatológico es de leiomioma esofágico, siendo positivo en las técnicas inmunohistoquímicas para actina desmina y CD-34 y negativo para CD-117 y proteína S-100. A las 24 horas se les realiza tránsito baritado e inician tolerancia y entre 48 y 72 horas tras la cirugía son dados de alta (excepto el paciente que requirió toracotomía, que es dado de alta a la semana, requiriendo reingreso por dehiscencia de la sutura que fue tratada de forma exitosa conservadoramente con drenaje y dieta absoluta).

**Discusión:** El abordaje toracoscópico permite una resección cómoda, segura y escasamente lesiva, por eso, a día de hoy muchos autores sugieren la extirpación de las lesiones incluso de pequeño tamaño y en pacientes asintomáticos.