



P-167 - TUMORES ESOFÁGICOS BENIGNOS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Gómez Carmona, Zahira; de Andrés Asenjo, Beatriz; Blanco Antona, Francisco; Moreno Racionero, Francisca; Merino Peñacoba, Luis; Vázquez Fernández, Andrea del Pilar; Beltrán de Heredia Rentería, Juan

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Resumen

Introducción: Los lipomas del tracto gastrointestinal son lesiones infrecuentes, representando el 4,1% de todos los tumores benignos. Su localización más frecuente es el colon, seguido del intestino delgado, estómago y esófago, donde suponen aproximadamente el 0,4% de las neoplasias de éste. Presentamos un caso inusual de lipoma gigante pediculado que se manifestaba con síntomas de reflujo gastroesofágico y regurgitación de la masa.

Caso clínico: Varón de 79 años, con antecedentes de IAM reciente que presenta regurgitación de tumoración esofágica tras vómitos y que el propio paciente vuelve a deglutir de forma voluntaria. Tras la anamnesis, se corrobora que se trata de una lesión de larga evolución, con síntomas de reflujo gastroesofágico. En estudio esofago-duodenal se observa defecto de repleción intraesofágico, que se extiende desde porción cervical a tercio inferior esofágico; en endoscopia alta: una lesión pediculada con mucosa normal y en ecoendoscopia: lesión submucosa única, hiperecogénica, bien delimitada. La biopsia no aportó resultados. El TC torácico confirma la existencia de una masa endoesofágica de unos 22 cm de longitud, de características radiológicas compatibles con lipoma. Al estar el paciente asintomático, a pesar del tamaño de la lesión, se optó por realizar seguimiento endoscópico.

Discusión: En la literatura existen descritos 22 casos de lipomas gigantes esofágicos. Su localización más frecuente es la porción cervical y torácica alta. La mayoría son lesiones pequeñas y solitarias que cursan de manera asintomática y constituyen un hallazgo casual en un prueba de imagen. No obstante, pueden presentarse como grandes lesiones pediculadas endoluminales, debido a la deformación por el peristaltismo, ocasionando disfagia, dolor torácico, disnea, hipersialorrea y en raras ocasiones sangrado digestivo por ulceración u obstrucción respiratoria aguda por migración a la vía aérea. El diagnóstico se basa en su apariencia endoscópica lisa, elástica y amarillenta, que lo diferencia del liposarcoma, corroborando la existencia de una lesión submucosa de densidad grasa, homogénea, mediante tomografía computarizada. El manejo dependerá del tamaño. En lesiones menores y asintomáticas, no está indicado su exéresis, recomendándose ésta ante lesiones de mayor tamaño para aliviar la sintomatología y prevenir una obstrucción laríngea aguda. No obstante, dado su lento crecimiento y bajo potencial de malignización, resulta una opción aceptable en pacientes con grandes lesiones y asintomáticos el seguimiento endoscópico de forma periódica. El abordaje quirúrgico podrá realizarse a través de minitoracotomía, endoscópicamente o

vía transgástrica, dependiendo de la localización.