



# Cirugía Española



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

## V-049 - LEIOMIOMA ESOFÁGICO: ENUCLEACIÓN LAPAROSCÓPICA

Vázquez González, Irene; Anguita Ramos, Francisco Javier; González López, Rocío; Conde Rodríguez, María; Navarro Quirós, Gisela; Vereá Varela, Sabela; Muínelo Lorenzo, Manuel; Conde Vales, José

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

### Resumen

**Introducción:** Presentación de un caso de leiomioma esofágico asociado a hernia de hiato.

**Caso clínico:** Hombre de 47 años sin antecedentes de interés, estudiado por dolor posprandial y ardor de 6 años de evolución, y remitido desde Digestivo tras diagnóstico endoscópico con diagnóstico de esofagitis grado B de Los Ángeles con tendencia a formar anillo mucoso, hernia de hiato por deslizamiento y lesión submucosa vs. compresión extrínseca. En TC se evidencia una lesión extramucosa de 8,2 × 5 × 4,2 cm compatible con tumoración benigna del esófago, sospechosa de leiomioma. En la ecoendoscopia con PAAF se visualiza la lesión que parece depender de la muscular propia, con la serosa intacta; con informe de anatomía de leiomioma. La RMN esofágica y tránsito esofagogástrico confirman la hernia de hiato y destacan que el leiomioma presenta gas en su interior que podría indicar fistulización. Se completó el estudio con manometría, viéndose trastorno motor menor, y pHmetría, con reflujo ácido patológico y DeMeester de 46,1. Tras comentar el caso en sesión clínica, se decide intervención quirúrgica por vía abdominal. Se realizó un abordaje laparoscópico con la disposición habitual de los trócares para la cirugía antirreflujo. Tras la reducción herniaria, se descendió la tumoración con ayuda de un punto de tracción sobre el leiomioma. Posteriormente, enucleación del tumor de aspecto lobulado con preservación de la mucosa esofágica, y cierre del defecto muscular esofágico con Ethibond. Para finalizar la intervención, se asoció hiatorrafia posterior y funduplicatura tipo Toupet. El paciente fue dado de alta al cuarto día posoperatorio y se encuentra en su domicilio con mejoría clínica progresiva, sin sintomatología de reflujo y en seguimiento en consultas externas de Cirugía General.

**Discusión:** El leiomioma esofágico es poco frecuente y supone el 1% de los tumores de esófago. Es un tumor benigno y el más frecuente en localización esofágica. Aparece mayoritariamente en hombres, en proporción 2:1, y es más frecuente entre los 20 y los 50 años. La principal tumoración con la que debe hacerse el diagnóstico diferencial es el GIST. El leiomioma se origina en el músculo liso y por ello es más frecuente en esófago distal, a nivel de la muscular propia, respetando la mucosa. Son tumores de crecimiento lento que rara vez malignizan. La clínica más frecuente consiste en dolor epigástrico o torácico, disfagia, ardor o regurgitación. En los pacientes sintomáticos se recomienda la cirugía, fundamentalmente la enucleación por laparoscopia o toracoscopia. Otra posibilidad es la resección endoscópica, más frecuente en los países orientales. La esofagectomía estaría indicada en tumores grandes y anulares, leiomiomatosis múltiple o si se produce un daño quirúrgico con riesgo de dehiscencia tras realizar sutura primaria. Dependiendo de

los autores se recomienda el cierre del defecto muscular esofágico. En pacientes asintomáticos con tumores pequeños podría realizarse seguimiento. Algunos autores recomiendan asociar técnica antirreflujo.