

LEIOMIOMA ESOFÁGICO GIGANTE

ARACELI BREE, CAROLINA RANCÉS, FERNANDA GARCÍA VAZ, DANIEL VELASCO HERNÁNDEZ N.

Sector de Cirugía Esófago-gástrica, Servicio de Cirugía General, Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín, La Plata, Buenos Aires, Argentina

E-mail: cirugiaesofagogastrica.lp@gmail.com

Mujer de 24 años que acudió por cuadro de dolor retroesternal, disfagia progresiva, disnea y acropaquía de 4 años de evolución. Se realizó tomografía computarizada de tórax y abdomen con contraste endovenoso que reveló una voluminosa formación mediastinal posterior derecha, ocupando la base pulmonar y receso pleuroesofágico, comprimiendo la luz esofágica distal, con densidad de partes blandas y calcificaciones, sugiriendo origen primario en pared esofágica (Fig. 1). La videoendoscopia digestiva alta mostró lesión subepitelial ulcerada con compromiso de esófago y estómago, infranqueable, con contenido endoluminal, localizada a 30 cm de la arcada dentaria superior. La biopsia fue positiva para anticuer-

po desmina. La eco-endoscopia informó lesión hipocogénica heterogénea mayor a 7 cm adyacente a órganos vecinos, con punción positiva para actina de músculo liso y negatividad para CD34 y CD117. Se decidió cirugía mediante toracotomía posterolateral derecha, se realizó esofagectomía y reconstrucción con gastroplastia. Anatomía patológica informó: leiomioma esofágico tipo usual (Fig. 2 A y B). Este tumor benigno es poco frecuente; Si bien suele ser asintomático, las manifestaciones clínicas dependerán del tamaño, la disfagia es lo más frecuente. La enucleación es de elección siempre que sea posible y la resección esofágica se reserva para tumores de gran tamaño.

Figura 1 | Corte tomográfico coronal de tumor esofágico

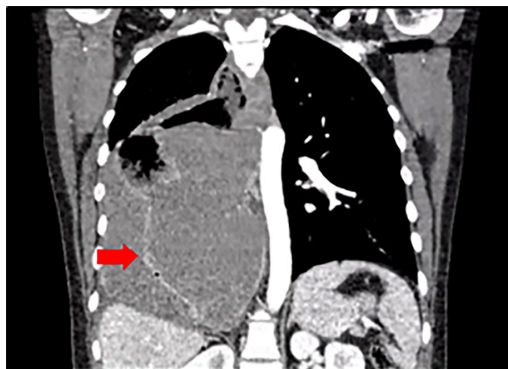


Figura 2 | A. Pieza quirúrgica



Figura 2 | B. Preparado histológico: anatomía patológica con tinciones correspondientes a leiomioma

