



PRESENTACIÓN DE CASO

Leiomiomas de la unión esofagogástrica y estómago proximal. Presentación de caso

Leiomyomas of the esophagogastric junction and proximal stomach. Case presentation

Hinler A. Mena-Mosquera¹ , Sara Velásquez-Hincapié¹ , Mariana Ramírez-Ceballos, MD² ,
Bernardo A. Borráez-Segura, MD³

1 Programa de Medicina, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia.

2 Servicio de Cirugía general, Liga contra el cáncer seccional Risaralda, Pereira, Colombia.

3 Servicio de Cirugía gastrointestinal y Endoscopia digestiva, Liga contra el Cáncer seccional Risaralda, Pereira, Colombia.

Resumen

Introducción. Los leiomiomas son tumores mesenquimales benignos, con muy bajo potencial de malignidad, poco frecuentes, con una presentación clínica variable y en su mayoría asintomáticos. Su hallazgo es incidental; los estudios endoscópicos y patológicos son importantes para diferenciarlos de otros tumores estromales gastrointestinales.

Caso clínico. Se presenta el caso clínico de una mujer de 50 años, con antecedente de resección en cuña gástrica por hallazgo de lesión en el fondo gástrico y funduplicatura de Nissen, con informe de patología de leiomioma. La paciente ingresó remitida a nuestra institución con disfagia y dolor epigástrico. La endoscopia mostró una lesión en la unión esofagogástrica, que se extendía a la región subcardial subepitelial, que fue confirmada por ultrasonografía endoscópica y tomografía.

Resultado. Se consideró que la paciente presentaba recaída tumoral después de una resección laparoscópica, que requirió deshacer una funduplicatura previa y enucleación parcial por vía laparoscópica, con resección en cuña de la mucosa firmemente adherida a la unión esofagogástrica, con una funduplicatura tipo Dor. Tuvo adecuada evolución posoperatoria.

Conclusiones. Los leiomiomas son tumores benignos infrecuentes, con rara transformación maligna. Generalmente son asintomáticos y su hallazgo es incidental. Los estudios endoscópicos y la confirmación histológica permiten su diagnóstico para definir el mejor manejo.

Palabras clave: unión esofagogástrica; tumores del estroma gastrointestinal; leiomioma; endoscopia del sistema digestivo; procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos; laparoscopia.

Fecha de recibido: 08/07/2024 - Fecha de aceptación: 12/07/2024 - Publicación en línea: 13/09/2024

Correspondencia: Mariana Ramírez-Ceballos, Carrera 17 # 9 – 50, Pereira, Colombia. Teléfono: +57 3147941550.

Dirección electrónica: marianarceballos@gmail.com

Citar como: Mena-Mosquera HA, Velásquez-Hincapié S, Ramírez-Ceballos M, Borráez-Segura BA. Leiomiomas de la unión esofagogástrica y estómago proximal. Presentación de caso. Rev Colomb Cir. 2024;39:998-1003. <https://doi.org/10.30944/20117582.2702>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Abstract

Introduction. Leiomyomas are benign mesenchymal tumors, with very low malignant potential, infrequent, with a variable clinical presentation and mostly asymptomatic. Its discovery is incidental; endoscopic and pathological studies are important to differentiate them from other gastrointestinal stromal tumors.

Clinical case. A clinical case of a 50-year-old woman with a history of gastric wedge resection due to the discovery of a lesion in the gastric fundus and Nissen fundoplication is presented, with a pathology report of leiomyoma. The patient was admitted to our institution with dysphagia and epigastric pain. Endoscopy showed a lesion at the esophagogastric junction, extending to the subcardial subepithelial region, which was confirmed by endoscopic ultrasonography and tomography.

Result. It was considered that the patient had tumor relapse after a laparoscopic resection, which required undoing a previous fundoplication and partial enucleation, with a wedge resection of mucosa firmly adhered to the esophagogastric junction, with a Dor-type fundoplication. He had an adequate postoperative evolution.

Conclusions. Leiomyomas are rare benign tumors, with rare malignant transformation. They are generally asymptomatic and their discovery is incidental. Endoscopic studies and histological confirmation allow its diagnosis to define the best management.

Keywords: esophagogastric junction; gastrointestinal stromal tumors; leiomyoma; digestive system endoscopy; minimally invasive surgical procedures; laparoscopy.

Introducción

Los tumores mesenquimales gastrointestinales (TMG) son una variedad de neoplasias con diferentes grados de malignidad¹. Después de los tumores del estroma gastrointestinal (GIST, por sus siglas en inglés, *gastrointestinal stromal tumors*), los leiomiomas son los tumores mesenquimales más frecuentes^{2,3}. Son tumores fibromusculares benignos, que se originan en la muscularis propia y su morfología son células fusiformes positivas para desmina, una proteína específica del músculo, que permite diferenciarlos de los GIST. Suelen localizarse en la porción superior del cardias o en la zona de la unión esofagogástrica (UEG)⁴.

La mayoría son asintomáticos, aunque pueden presentar síntomas gastrointestinales altos⁵. La ultrasonografía endoscópica (USE) es el método diagnóstico de elección para su caracterización, pero la tomografía computarizada (TC) resulta efectiva para evaluar su extensión distal^{2,4}. El tratamiento varía según las características de la lesión y del paciente^{1,2}.

El objetivo de este artículo fue reportar el caso de una mujer de 50 años con un leiomioma recurrente de la UEG y el estómago proximal sintomático.

Caso clínico

Mujer de 50 años de edad, con antecedente 6 meses antes de resección en cuña gástrica por hallazgo de lesión en el fondo gástrico y funduplicatura de Nissen practicada en otra institución, con informe de patología de leiomioma. La paciente ingresó remitida a nuestra institución, con cuadro clínico de dos meses de disfagia progresiva y dolor epigástrico.

Se realizaron endoscopia de vías digestivas altas (EVDA), donde describieron una lesión del cardias y subcardial de 5 cm aproximadamente, morfológicamente con depresión central; USE, que reportó una lesión en la misma localización, de 4 x 5 cm, dependiente de las cuatro ecocapas de la pared gástrica; y tomografía computarizada de abdomen con contraste, donde se observó una lesión endoluminal, redonda, de 4 x 5 cm, y cambios de gastrectomía (Figura 1).

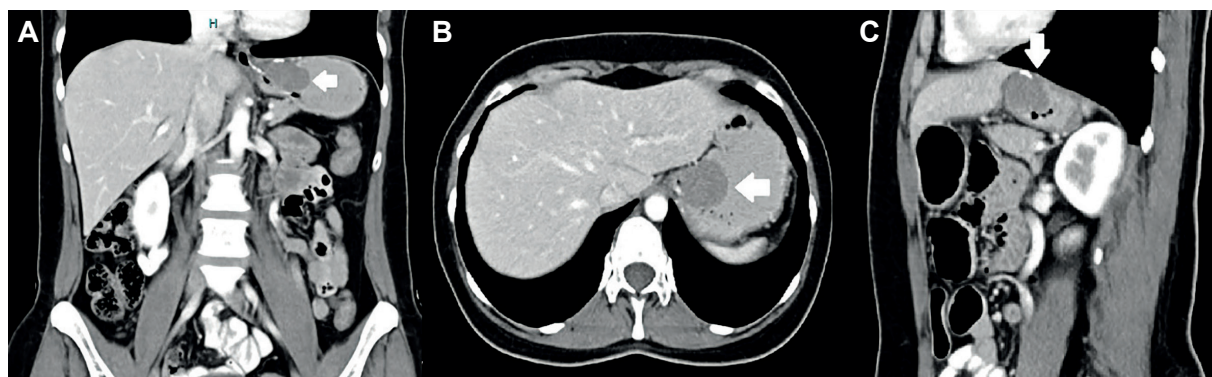


Figura 1. Tomografía computarizada de abdomen con contraste donde se aprecia una lesión cardial y subcardial, de crecimiento endoluminal (flechas blancas). A. Corte coronal, B. Corte axial y C. Corte sagital.

Fuente: imágenes tomadas de la historia clínica de la paciente.

La paciente fue llevada a cirugía por vía laparoscópica, donde después de liberar las adherencias y deshacer la funduplicatura previa, se encontró una lesión tumoral sobre el cardias y la región subcardial, en la pared anterior del estómago. Se realizó una enucleación parcial, con resección de la mucosa gástrica firmemente adherida a la base tumoral, utilizando sutura mecánica. Se hizo cierre de la serosa sobre la sutura, después de confirmar con una prueba de azul de metileno la indemnidad de la pared, para cubrir el defecto, y como método antirreflujo se practicó una funduplicatura tipo Dor (Figura 2).

La paciente evolucionó de manera adecuada y se dio de alta en el segundo día posoperatorio, después de tolerar la dieta blanda. El reporte de patología confirmó leiomioma.

Discusión

Los leiomiomas representan alrededor del 2,5 al 3 % de todos los tumores gástricos y de la unión esofagogástrica². Afectan por igual a ambos sexos y pueden desarrollarse a cualquier edad³, con una incidencia mayor entre la quinta y sexta década de la vida⁴. En la mayoría de los casos son asintomáticos⁵ y suelen descubrirse de forma incidental durante una evaluación radiológica o endoscópica^{4,6}. Sin embargo, su presentación clínica es variable, ya que pueden cursar con síntomas como disfagia y dolor epigástrico, como en este caso, pero también con dispepsia, pirosis, dolor torácico

retroesternal, regurgitación, sangrado gastrointestinal, anemia o dolor abdominal. Existen escasos reportes de abdomen agudo secundario a vólvulo gástrico o perforación de la lesión^{3,5}.

El USE es el método preferido para caracterizar los TMG superiores, ya que permite visualizar las cinco capas del tracto gastrointestinal: la mucosa, muscularis mucosa, submucosa, muscularis propia y serosa, para así poder identificar el origen de la lesión⁶. En nuestra paciente, también permitió evaluar el tamaño y la extensión de la lesión, ya que reportó una lesión de localización cardial y subcardial, comprometiendo todo el espesor de la pared gástrica. Asimismo, permite evaluar la ecogenicidad y la presencia de vasos sanguíneos mediante el Doppler, con una sensibilidad del 64 % y una especificidad del 80 %⁶.

Las características ecográficas de los leiomiomas muestran que tienen su origen en la muscular propia, son hipoecogénicos, con márgenes delimitados, homogéneos, solitarios, pequeños y de consistencia blanda^{3,5}. Dado que los leiomiomas y los GIST benignos tienen características endosonográficas similares, la USE con previa aplicación de contraste puede ser útil para distinguirlos con una precisión superior del 95 %, ya que los primeros se caracterizan por tener hiporrealce. Adicionalmente, este método diagnóstico permite la toma de biopsias por punción, la cual no se solicitó en nuestro caso por el antecedente de leiomioma resecado⁶.

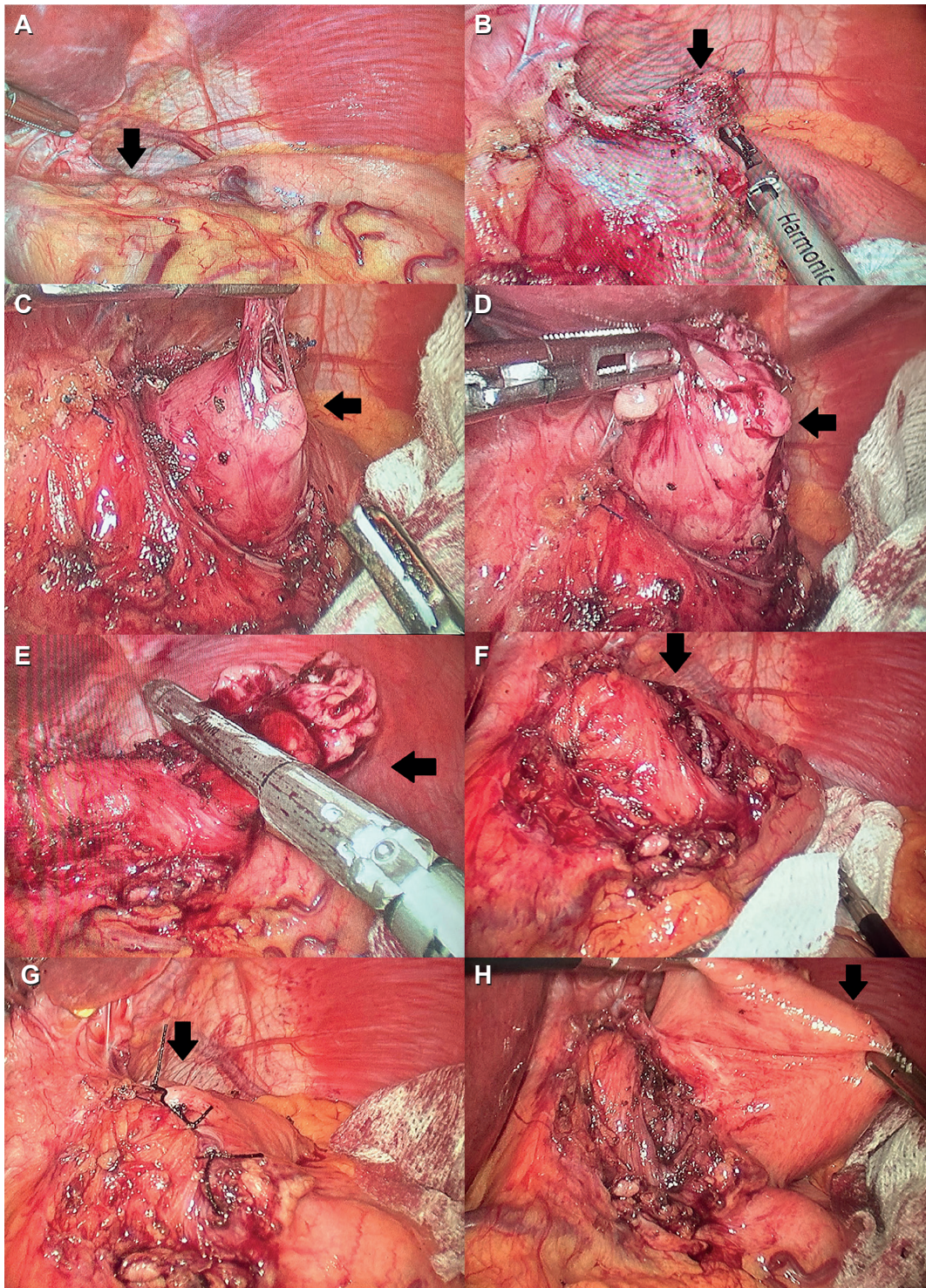


Figura 2. Enucleación parcial de leiomioma y resección de mucosa gástrica firmemente adherida a base tumoral. A. Visualización inicial con identificación de lesión tumoral en pared anterior de la unión esofagogástrica y la región subcardial (flecha negra). B. Liberación de adherencias, disección y desmontaje de funduplicatura previa (flecha negra). C y D. Enucleación parcial de leiomioma (flecha negra). E. Resección de mucosa gástrica firmemente adherida a base tumoral con grapadora lineal, para asegurar resección completa de la lesión (flecha negra). F. Línea de sutura y prueba de fugas con azul de metileno, identificando la indemnidad de la pared (flecha negra). G. Cierre de serosa circundante cubriendo sutura previa (flecha negra). H. Preparación de fondo gástrico para cubrir el defecto y para usar como método antirreflujo con funduplicatura de tipo Dor (flecha negra).

Fuente: imágenes tomadas de la historia clínica de la paciente.

Por otro lado, la TC es efectiva para determinar la relación anatómica de la masa con los órganos circundantes y para descartar la presencia de malignidad⁴. La TC abdominal contrastada, en este caso, permitió identificar una lesión hipodensa, redondeada y homogénea, de crecimiento endoluminal, asociada a cambios de gastrectomía, sin extensión a órganos o estructuras vecinas.

La evaluación radiológica no es suficiente para hacer el diagnóstico. El diagnóstico definitivo de los TMG debe ser histopatológico³, ya que tiene implicaciones tanto terapéuticas como pronósticas. La aspiración con aguja fina y la biopsia con aguja fina son los métodos empleados para obtener tejido, con tasas de precisión diagnóstica que varían entre el 46 % y el 93 %, dependiendo del tamaño del espécimen⁶. Desde el punto de vista histopatológico, los leiomiomas se caracterizan por ser tumores hipocelulares, con células fusiformes, que por derivarse de células del músculo liso son positivos para desmina y α -SMA⁷⁻⁹.

El tratamiento del TMG varía en función de las características del paciente, los síntomas, la ubicación del tumor, el tamaño y las características histopatológicas^{1,2}. Los leiomiomas benignos y sintomáticos, que miden más de 3-5 cm, o presentan un crecimiento rápido, requieren manejo quirúrgico; sin embargo, no requieren una resección extensa ni márgenes oncológicos^{4,5}. En el caso de los tumores en la parte distal del esófago, que podrían afectar la UEG, se prefiere la cirugía laparoscópica por su versatilidad, ya que permite practicar de manera simultánea una funduplicatura, para evitar síntomas posteriores de reflujo gastroesofágico⁵.

Aunque los leiomiomas son generalmente benignos y las complicaciones son poco comunes, en raras ocasiones (menos del 3 %) presentan transformación maligna a leiomiomasarcomas. En caso de malignidad, responden favorablemente al manejo quirúrgico y tienen un pronóstico favorable cuando se detectan a tiempo y se tratan adecuadamente^{2,6-8}.

Conclusión

Los leiomiomas de la UEG y el estómago proximal son tumores benignos y en su mayoría son asintomáticos. Su hallazgo es incidental. Los estudios endoscópicos y patológicos son importantes para diferenciar el leiomioma esofágico de otras lesiones, incluidos los tumores malignos. El diagnóstico definitivo mediante histopatología es crucial para permitir un tratamiento temprano. La cirugía laparoscópica se considera el tratamiento de elección, cuando es factible, con un pronóstico favorable.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Se contó con el consentimiento informado de la paciente para el reporte del caso, del cual reposa una copia en poder de los autores.

Conflictos de interés: Ninguno declarado por los autores.

Uso de inteligencia artificial: Los autores declararon que no se utilizaron tecnologías asistidas por inteligencia artificial (IA) en la producción de este trabajo.

Fuentes de financiación: No se recibió ninguna fuente externa de financiación.

Contribución de los autores

- Diseño y concepción del estudio: Bernardo A. Borraez-Segura, Mariana Ramírez-Ceballos, Hinler A. Mena-Mosquera, Sara Velásquez-Hincapié.
- Adquisición de datos: Bernardo A. Borraez-Segura, Mariana Ramírez-Ceballos, Hinler A. Mena-Mosquera, Sara Velásquez-Hincapié.
- Análisis e interpretación de datos: Bernardo A. Borraez-Segura, Mariana Ramírez-Ceballos, Hinler A. Mena-Mosquera, Sara Velásquez-Hincapié.
- Redacción del manuscrito: Bernardo A. Borraez-Segura, Mariana Ramírez-Ceballos, Hinler A. Mena-Mosquera, Sara Velásquez-Hincapié.
- Revisión crítica y aprobación final: Bernardo A. Borraez-Segura, Mariana Ramírez-Ceballos, Hinler A. Mena-Mosquera, Sara Velásquez-Hincapié.

Referencias

- 1 Morales-Conde S, Socas M, Alarcón I, Senent-Boza A, Domínguez-Mezquita B, Balla A. Classification of GIST and other benign gastric tumors based on minimally invasive surgical strategy. *Langenbecks Arch Surg.* 2023;409:3. <https://doi.org/10.1007/s00423-023-03203-w>
- 2 Yin X, Yin Y, Liu X, Yang C, Chen X, Shen C, et al. Identification of gastrointestinal stromal tumors from leiomyomas in the esophagogastric junction: A single-center review of 136 cases. *Medicine (Baltimore).* 2020;99:e19884. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019884>
- 3 García-Martínez A, Fernández-Olvera D, Moreno-García AM. Gastric leiomyoma as an atypical cause of upper gastrointestinal bleeding. *Rev Esp Enferm Dig.* 2023;115:342. <https://doi.org/10.17235/reed.2023.9688/2023>
- 4 Lee J, Lee WY. Laparoscopic transgastric enucleation of a giant leiomyoma near the esophagogastric junction: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2023;105:107989. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.107989>
- 5 Milito P, Asti E, Aiolfi A, Zanghi S, Siboni S, Bonavina L. Clinical outcomes of minimally invasive enucleation of leiomyoma of the esophagus and esophagogastric junction. *J Gastrointest Surg.* 2020;24:499-504. <https://doi.org/10.1007/s11605-019-04210-3>
- 6 Sharzehi K, Sethi A, Savides T. AGA clinical practice update on management of subepithelial lesions encountered during routine endoscopy: Expert review. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2022;20:2435-2443.e4. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2022.05.054>
- 7 Hirota S. Differential diagnosis of gastrointestinal stromal tumor by histopathology and immunohistochemistry. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2018;3:27. <https://doi.org/10.21037/tgh.2018.04.01>
- 8 Bejarano M, Adrada CP, Romero H. Tumores mesenquimatosos benignos del tracto gastrointestinal. Estudio de 7 casos y revisión de la literatura. *Rev Colomb Cir.* 1997;12:171-5.
- 9 Buitrago-Ramírez MR, Ramirez-Pereira J, Salcedo-Miranda DF. Enucleación esofágica de leiomioma asistida por robot: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2018;33:448-53. <https://doi.org/10.22516/25007440.169>