

MASA MEDIASTÍNICA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

E. Arango Tomás¹, A. Valverde Martínez², J. Sánchez Rodríguez², S. Rufián Peña².

¹UGC Cirugía Torácica y Trasplante pulmonar. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²UGC Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

INTRODUCCIÓN

Cuando nos encontramos una masa en el mediastino podemos sospechar una patología determinada dado que el diagnóstico diferencial en esta región está muy desarrollado. Pero ¿qué pasa cuando la clínica no se corresponde con las situaciones típicas? Presentamos el caso de una masa mediastínica en un varón joven con hemorragia digestiva alta.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Informe de un caso

Varón de 33 años, sin antecedentes de interés. Acude a nuestro centro tras sufrir un episodio de hemorragia digestiva alta por el que es ingresado. Se constata la ausencia de consumo habitual de antiinflamatorios no esteroideos y se realiza analítica en la que cabe destacar: hemograma (Hb 9.5, Hto 27.6, leucocitos 4500, plaquetas 329000), VSG 6, ferrocínica (hierro 17, transferrina 335, IST 4, ferritina 3); bioquímica, proteinograma, TSH, marcadores tumorales (α -FP, ACE, CA 125, CA 19.9, CA 15.3, PSA) y coagulación normales.

Se realiza una endoscopia digestiva alta (EDA) en la que se diagnostica una tumoración gástrica (fundus-cardias) ulcerada submucosa de 4-5 cm. Se biopsia siendo la muestra insuficiente.

La TAC (Figura 1) define una tumoración de partes blandas de 11 x 6.9 cm en el mediastino posterior que engloba la luz esofágica y protruye caudalmente en la cámara gástrica relacionándose con el esófago; tiene focos de calcificaciones o contraste en su seno.

La endosonografía describió una compresión extrínseca mediastínica y la dependencia de la lesión gástrica a su capa muscular propia, comprimiendo esófago sin infiltrarlo y extendiéndose 8 cm. Se realiza PAAF (punción aspiración con aguja fina) que no es concluyente.

Ante estos datos se decide intervención quirúrgica: laparotomía que expone gran tumoración dependien-

te de cara posterior de fundus e invade mediastino posterior, requiriendo apertura transversal del diafragma. Se extirpa el tumor (Figura 2), que engloba pared esofágica y se cierra esófago en capas, cubriendo el fundus gástrico a lo Thall.

La anatomía patológica determinó que la muestra se correspondía con un leiomioma gástrico c-kit/CD117-, Caldesmon+, Vimentina+, Neurofilamentos-, CD34+ focal e irregular, Ki 67-.

DISCUSIÓN

Nuestra sospecha inicial fue que se tratara de un GIST (gastrointestinal stromal tumour), tumores catalogados originalmente como leiomioma, leiomioblastoma o leiomiomasarcoma, pero que gracias a los avances se han definido como tumores mesenquimáticos raros, de origen en las células intersticiales de Cajal que expresan un receptor de membrana con actividad tirosin-quinasa anómala. El imatinib (inhibidor de la tirosinquinasa) se muestra eficaz en su control, aumentando la supervivencia¹, aunque puede provocar² necrosis y sangrado tumoral. El índice proliferativo Ki-67 podría ser un excelente marcador pronóstico de supervivencia³ en pacientes con c-kit+, pudiendo ser útil para seleccionar candidatos al tratamiento con imatinib.

Estos avances plantean nuevas técnicas quirúrgicas menos agresivas para igual supervivencia⁴, cuestionando la cirugía agresiva gastroesofágica por sus riesgos, por lo que existen estudios sobre la resección laparoscópica⁵.

En nuestro caso, la anatomía patológica reveló un leiomioma. La leiomiomatosis esofágica es una rara neoplasia benigna en la que prolifera el músculo liso del esófago, engrosándolo circunferencialmente. La parte distal del esófago está más afectada por su mayor cantidad de músculo, y en el 80 % se extiende a la parte proximal del estómago. Histológicamente se observa proliferación circunferencial del músculo

Recibido: 5 de marzo de 2012. Aceptado: 13 de junio de 2012.

Elisabet Arango Tomás
eli_piano@hotmail.com

liso con atipia celular, mitosis incesante e invasión vascular. La primera publicación es de 1916 y desde entonces se han descrito menos de 100 casos. Suele ocurrir en adultos jóvenes y niños, siendo más común en hombres que en mujeres. La clínica consiste en disfagia progresiva, diferente a la brusca de los tumores malignos. Otros síntomas son: vómitos, dolor retroesternal, dispepsia, pérdida de peso, infección respiratoria y disnea. Puede ocurrir esporádicamente o asociada a enfermedades hereditarias, como el síndrome de Alport, y presentarse leiomiomatosis esofágicas aisladas o asociadas a otras formas viscerales⁶. El diagnóstico preoperatorio es difícil; la TAC, el estudio baritado, la endoscopia y el ultrasonido⁷ son la base, diferenciándola de la acalasia (con segmento estrecho más corto) y mostrando precisión. Por otro lado, la endoscopia muestra la irregularidad de la pared por las lesiones submucosas.

El tratamiento de la leiomiomatosis esofágica es quirúrgico. Una esofagectomía total o subtotal incluyen una gastrectomía proximal que será valorada según la extensión de la enfermedad. En los pacientes con enfermedad de reflujo se recomienda el procedimiento de reconstrucción de Merindino después de esofagectomía distal con gastrectomía proximal.

Distinguimos leiomioma de leiomiomasarcoma por su alto nivel de atipias y su mayor número de mitosis. Por tanto, es necesario más tejido que en una biopsia endoscópica para su diagnóstico diferencial. La endoscopia⁸ permite también identificar si el crecimiento de la lesión es endoluminal o extraluminal y su relación con los tejidos circundantes. El diagnóstico diferencial se realiza con otras lesiones hipoecogénicas como quistes, linfomas, metástasis o mioblastoma, entre otras.

Tradicionalmente, el tratamiento fue la cirugía, laparoscópica⁹ y toracoscópica¹⁰ en centros con experiencia, pero últimamente se han descrito varios métodos endoscópicos para reseccionar lesiones submucosas, como endoscopios provistos de topes, tumorectomía, aspiración, polipectomía y enucleación incisional. El abordaje endoscópico de lesiones esofágicas submucosas muchas veces es de elección y en un futuro próximo, dado el creciente desarrollo de la terapia endoscópica, el enfoque será cada vez más común y viable entre el personal de endoscopia.

En conclusión, la búsqueda de tratamientos mínimamente invasivos ha hecho que el cirujano aborde estos tumores de forma laparoscópica y en ocasiones se pueda valorar el tratamiento endoscópico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blesius A, Cassier PA. Neoadjuvant imatinib in patients with locally advanced non metastatic GIST in the prospective BFR14 trial. *BMC Cancer* 2011, 11:72 doi:10.1186/1471-2407-11-72 Published: 15 February 2011.
2. Hecker A, Hecker B. Dramatic regression and bleeding of a duodenal GIST during preoperative imatinib therapy: case report and review. Published 2 June 2010. *World Journal of Surgical Oncology* 2010, 8:47 doi:10.1186/1477-7819-8-47.
3. Sánchez Hidalgo JM, Muñoz Casares FC, Rufián Peña S, Naranjo Torres A, Ciria Bru R, Briceño Delgado J, et al. Gastrointestinal stromal tumors (GIST): Factors predictive of survival after R0-cytoreduction. *Revista Española de Enfermedades Digestivas (Madrid)* Vol. 99. N.º 12, pp. 703-708, 2007.
4. Coccolini F, Catena F. Esophagogastric junction gastrointestinal stromal tumor: resection vs enucleation. *World J Gastroenterol* 2010; 16(35): 4374-4376. Published online 2010 September 21. doi: 10.3748/wjg.v16.i35.4374.
5. Ronellenfitsch U, Staiger W. Perioperative and oncological outcome of laparoscopic resection of gastrointestinal stromal tumour (GIST) of the stomach. *Diagn Ther Endosc* 2009; 2009: 286138. Published online 2009 March 26. doi: 10.1155/2009/286138.
6. Obeidat FW, Lang RA, Löhe F, Graeb C, Rist C, Jauch KW, et al. Esophageal leiomyomatosis combined with intrathoracic stomach and gastric volvulus. *JSLS* 2009; 13(3): 425-429.
7. Xu GQ, Qian JJ, Chen MH, Ren GP, Chen HT. Endoscopic ultrasonography for the diagnosis and selecting treatment of esophageal leiomyoma. *Journal Gastroenterol Hepatol*. 2012;27(3):521-5. doi: 10.1111/j.1440-1746.2011.06929.x.
8. De la Morena López F, Esteban-Fernández Zarza C, Esteban JM, Botella Mateu B, Santiago Sanchez M, Nevado Santos M, et al. Endoscopic resection of an oesophageal submucosal tumour: a desirable goal. PMID: 20524768 [PubMed - indexed for MEDLINE]. *Rev Esp Enferm Dig*. 2010 May;102(5):342-4.
9. Gullo R, Herbella FA, Patti MG. Laparoscopic excision of esophageal leiomyoma. *Updates Surg*. 2011 Sep 7.
10. Wang Q, Ye T, Jiang W, Lin ZW. Video-assisted thoracoscopic surgery in the treatment of esophageal leiomyoma: a report of 39 cases. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi* 2010; 13(2):145-7.

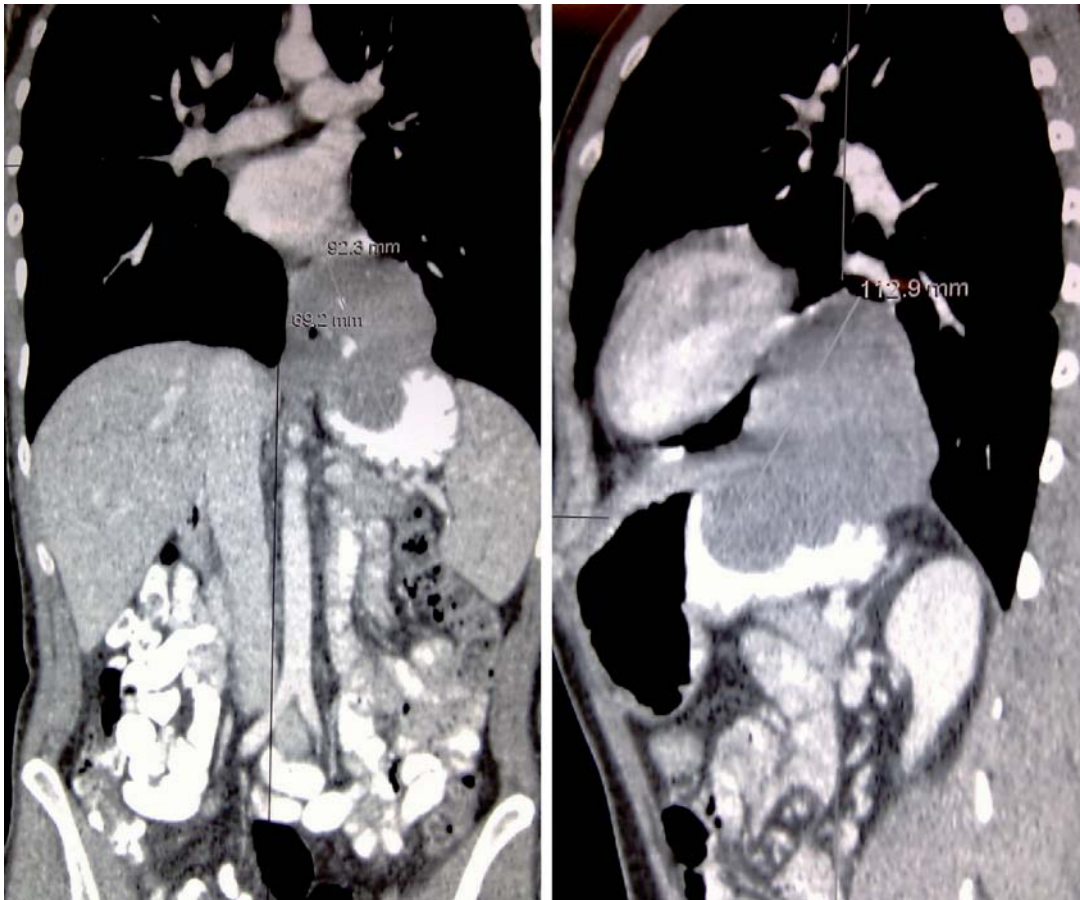


Figura 1. TAC toracoabdominal: visualización del tumor esofagogástrico en corte coronal y sagital y relación con estructuras adyacentes.

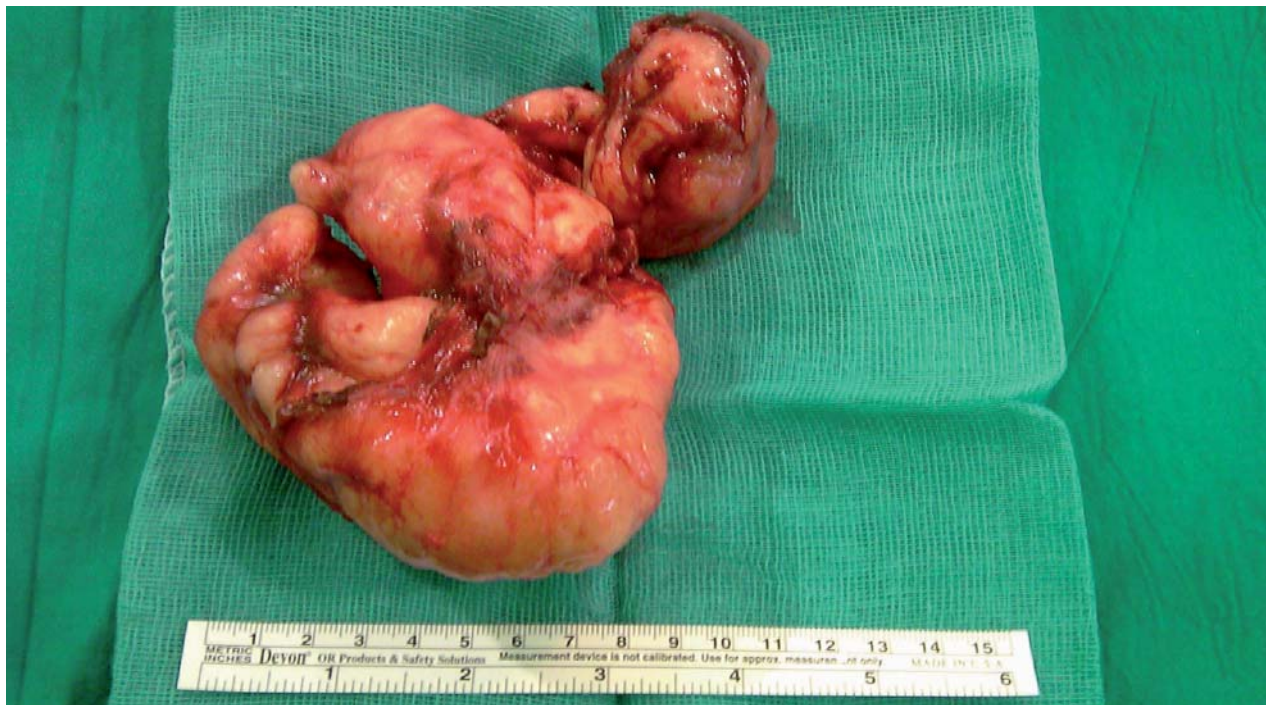


Figura 2. Leiomioma gástrico extirpado.