

Tratamento laparoscópico de leiomioma gigante circunferencial de esôfago distal: relato de caso

Laparoscopic treatment of giant circumferential leiomyoma of the distal esophagus: case report

Luana Cabrino Aranha¹, Nilton César Aranha², André Brandalise³, Nelson Ary Brandalise⁴

Aranha LC, Aranha NC, Brandalise A, Brandalise NA. Tratamento laparoscópico de leiomioma gigante circunferencial de esôfago distal: relato de caso / *Laparoscopic treatment of giant circumferential leiomyoma of the distal esophagus: case report*. Rev Med (São Paulo). 2020 jan.-fev.;99(1):84-7.

RESUMO: *Introdução:* O leiomioma é um tumor de esôfago raro, com incidência de 0,4-1% dos tumores de esôfago. Apenas 5% crescem a ponto de serem denominados gigantes, maiores do que 10 cm. Sintomas costumam surgir nos tumores iguais ou maiores que 5 cm. *Objetivo:* Relatar um novo curso de ação terapêutica para leiomiomas gigantes do esôfago distal. *Caso Clínico:* VCA, sexo feminino, 38 anos, apresentava há 4 meses sensação de opressão retroesternal. Realizou tomografia computadorizada(CT) em outro serviço demonstrando lesão de esôfago distal sugestivo de leiomioma. No exame de endoscopia, realizado por queixa de azia e leve disfagia, foi determinado hiato alargado em 2cm e gastrite leve. Paciente submetida a exérese de lesão tumoral íntegra sem lesão mucosa e reconstrução da parede muscular externa, pelo método videolaparoscópico. Associou-se hiatoplastia e esofagogastrofunduplicatura parcial. O exame anátomo patológico confirmou o leiomioma, com 10x5x2cm. *Evolução:* Evoluiu clinicamente a longo prazo sem o aparecimento de azia ou disfagia. Submetida a exame contrastado do esôfago após 6 meses, tomografia e endoscopias de controle pelos próximos 4 anos, todos normais. *Discussão:* O tratamento clássico do leiomioma gigante inclui toracotomia com esofagectomia. Considerando que em 80% dos casos a lesão se encontra nos terços médio e inferior do esôfago, a abordagem videolaparoscópica por via transhiatal se torna possível. A reconstrução da muscular externa é importante para prevenir um possível prolapso da mucosa. A realização da funduplicatura além de evitar o refluxo gastroesofágico, possibilita que a área de sutura da parede muscular do esôfago seja recoberta, aumentando a segurança no tratamento. *Comentários Finais:* Em serviços com experiência na realização de tratamento cirúrgico das doenças da transição esôfago gástrica pelo método videolaparoscópico, é possível realizar tal o tratamento cirúrgico com adequada segurança. O método proporciona ao paciente um maior conforto pós operatório e pronta recuperação clínico cirúrgica.

Descritores: Leiomioma/cirurgia; Esôfago; Neoplasias/diagnóstico; Laparoscopia; Cirurgia assistida por computador.

ABSTRACT: *Introduction:* Leiomyomas are rare esophagus tumors, with 0.4-1% incidence of all esophagus tumors. Only 5% grow to the point of being called giant tumors, measuring more than 10cm. Symptoms usually begin on tumors bigger than 5cm. *Objective:* Reporting a new therapeutic course of action to giant leiomyomas of distal esophagus. *Case Report:* VCA, female, 38 years old, presented retrosternal oppression for 4 months. Having realized a computed tomography on another service which demonstrated a mass suggestive of leiomyoma. On the endoscopy exam, performed for heartburn complaint and mild dysphagia, was determined a hiatal hernia of 2cm and mild gastritis. Patient submitted to complete excision of tumor without mucosal lesion and reconstruction of the external muscular wall, by the video laparoscopic method. Hiatoplasty and partial esophagogastrofundoplication were associated. The anatomic pathological examination confirmed leiomyoma, with 10x5x2cm. Patient evolved clinically without the appearance of the heartburn or dysphagia. With contrast examination of the esophagus after 6 months and endoscopy and tomography the following 4 years, all normal. The classic treatment of giant leiomyomas, includes thoracotomy with esophagectomy. Considering that in 80% of the cases it is found in the middle and lower thirds of the esophagus, the videolaparoscopic approach by transhiatal route becomes possible. The reconstruction of the external muscular layer is important to prevent a possible prolapse of the mucosa. Also, the realization of the fundoplication in addition to avoiding the gastroesophageal reflux, allows the suture area of the esophageal muscular wall to be covered, increasing the safety in the treatment. In services with experience in the surgical treatment of diseases of the gastric esophagus transition through the videolaparoscopic method, it is possible to perform with adequate safety the surgical treatment of the tumor lesions of the distal esophagus. The method provides greater postoperative comfort and prompt clinical surgical recovery.

Keywords: Leiomyoma/surgery; Esophagus; Neoplasms/diagnosis; Laparoscopy; Surgery, computer assisted.

Trabalho realizado no: Centro Médico de Campinas. Apresentado no XXXVIII Congresso Médico Universitário da FMUSP – COMU, 2019 - 1st. Place of the Panels Awards - Report Case in the Scientific Awards COMU 2019.

1. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. <https://orcid.org/0000-0001-9023-8116>. Email: luana.c.aranha@gmail.com.
2. Orientador. Cirurgião do Aparelho Digestivo e Obesidade Mórbida do Hospital Fundação. Centro Médico Campinas (FCMC). Assistente Estrangeiro da Universidade Louis Pasteur – Strasbourg – França. <https://orcid.org/0000-0001-7568-5241>. Email: aranha@gastrosite.com.br
3. Cirurgião do Aparelho Digestivo. Titular e Presidente SOBRACIL - Capítulo São Paulo (2018-2019). <https://orcid.org/0000-0002-0285-2122>. Email: andre@gastrosite.com.br
4. Cirurgião do Aparelho Digestivo. Chefe Fundador do Serviço de Endoscopia do Hospital Fundação Centro Médico Campinas. <https://orcid.org/0000-0002-6817-4475>. Email: nelsonbrandalise@hotmail.com

Endereço para correspondência: Luana Cabrino Aranha. Rua Severo Penteado, 77. Campinas, São Paulo. CEP: 13025-050. Email: Luana.c.aranha@gmail.com

INTRODUÇÃO

O leiomioma é um tumor de esôfago raro, com incidência de 0,4-1% dos tumores de esôfago, porém é o mais comum tumor benigno deste sítio, correspondendo a 67 a 80% dos casos. São mais frequentes em esôfago médio e distal e, na maioria dos casos, são lesões únicas, com tamanho variando de 1 a 29 centímetros de diâmetro¹⁻³.

Ocorrem mais frequentemente dos 20 aos 69 anos, com pico de incidência na quinta década, sendo mais comum em homens. Cerca de metade dos tumores são menores que 5 cm e apenas 5% destes tumores crescem a ponto de serem denominados gigantes, com diâmetros maiores do que 10 cm⁴.

Assintomáticos na maioria das vezes, o aparecimento de disfagia, odinofagia, dor retroesternal e sangramento costumam surgir nos tumores igual ou maiores que 5 cm. Estes sintomas são em geral pela compressão, obstrução esofágica ou disfunção da cárdia.

Em casos de mucosa ulcerada e suspeita de câncer, está indicada a biópsia endoscópica⁵. O ultrassom endoscópico é considerado o método de maior especificidade no diagnóstico de leiomioma, avaliando a profundidade e localização do tumor⁶. A tomografia determina o tamanho e a relação com órgãos vizinhos e pode ser utilizada também para acompanhamento periódico dos incidentalomas, já que este é um tumor benigno de crescimento lento⁷.

MATERIAL E MÉTODOS

Através do caso relatado é possível demonstrar a possibilidade de se realizar o tratamento cirúrgico de tumores circunferenciais do esôfago distal pelo método videolaparoscópico por acesso transhiatal. Podendo-se obter, com isso, um pós operatório com baixo índice de dor e rápida recuperação física do paciente.

RESULTADOS

VCA, sexo feminino, 38 anos, refere ter realizado uma tomografia computadorizada (CT) em outro serviço há 5 dias por queixa de dor no dorso posterior à direita durante uma semana e que piorava aos movimentos. Apresentava também, há 4 meses, dor no peito e sensação de opressão retroesternal. O resultado da CT demonstrou espessamento parietal lobulado no esôfago distal, inespecífico, de origem na submucosa e sugestivo de leiomioma. Ao exame, havia 3 cm de espessura parietal, 6,9 cm no maior eixo axial e 5,3 cm de extensão (Figura 1).



Figura 1. Tomografia computadorizada.

Possui histórico de espondilite anquilosante desde os 19 anos de idade e há 1,5 anos reiniciou o uso de medicamentos. Há 4 meses foi submetida a exame de endoscopia, a pedido de reumatologista, por queixa de azia, leve disfagia e sensação de parada do medicamento no esôfago (sulfassalazina). Foi determinado hiato alargado em dois centímetros e gastrite leve.

Diante do diagnóstico de leiomioma de grandes proporções e circunferencial no esôfago distal foram realizados exames laboratoriais e avaliação cardiológica pré-operatória para ser submetida a tratamento cirúrgico. Foram consideradas as hipóteses de remoção da lesão tumoral por via transhiatal laparoscópica dada a sua localização e, caso necessário, a realização de esofagogastrectomia parcial com reconstrução por tubo gástrico transmediastinal.

Paciente foi submetida a exérese de lesão tumoral íntegra e completa sem lesão mucosa com preservação dos nervos vagos, pelo método videolaparoscópico (Figura 2). Realizada reconstrução da parede muscular externa por sutura contínua com a presença de sonda de Fouchet de 32 fr orogástrica para evitar a constrição da luz esofágica. Complementada ainda pela realização de uma hiatoplastia e esofagogastroduplicatura parcial com a extensão de 7 cm recobrimo toda a área esofágica de onde foi ressecada a lesão (Figura 3).

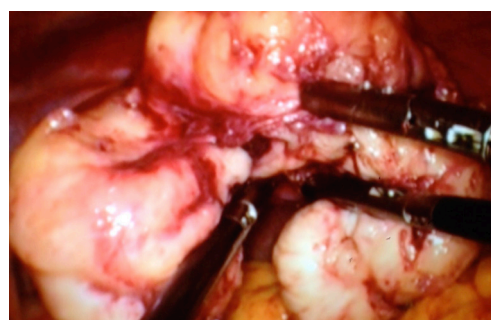


Figura 2. Tumor ressecado.

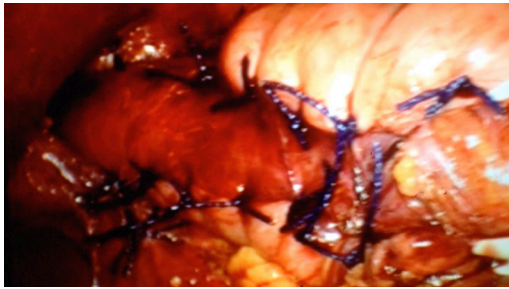


Figura 3. Hiatoplastia e funduplicatura parcial

Permaneceu internada na unidade hospitalar por dois dias, com pouca dor, recebendo alta com boa aceitação da dieta líquida (Figura 4). Foi mantida com cuidados semelhantes ao pós operatório de uma funduplicatura, com aumento progressivo da textura dos alimentos ao longo das 4 semanas seguintes.

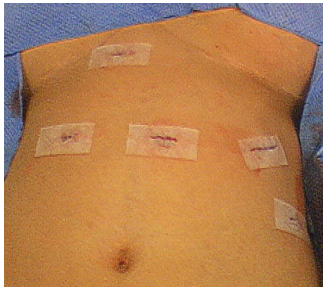


Figura 4. Pós operatório imediato

O exame anátomo patológico confirmou tratar-se de leiomioma de esôfago, com 10 x 5,0 x 2,0 cm. Descrito como uma neoplasia com proliferação de células fusiformes com núcleos alongados sem atipias, dispostos em feixes, em várias direções e contendo numerosos capilares sem atipias em células endoteliais.

Evoluiu clinicamente a longo prazo sem o aparecimento de azia ou disfagia. Foi submetida a controle por exame contrastado do esôfago após 6 meses da cirurgia, sem constrições esofágicas e ausência de refluxo. Fez seguimento com exames de controle como endoscopia e tomografia pelos próximos 4 anos, todos normais.

DISCUSSÃO

A principal indicação para retirada cirúrgica do leiomioma de esôfago é o aparecimento de sintomas. Sendo os mais prevalentes disfagia, odinofagia, dor retroesternal e sangramento. No caso relatado, a paciente apresentava leve disfagia e dor retroesternal há 4 meses. Também existe indicação de tratamento cirúrgico quando houver dúvida sobre a natureza da lesão ou nos casos em que a lesão ultrapassa cinco centímetros⁸.

Quando o leiomioma tem menos de cinco centímetros e é assintomático, deverá ser tomada uma

conduta expectante e realizar o acompanhamento com exames de imagem e endoscopia periódica. Isso só é possível considerando que o leiomioma de esôfago apresenta um aspecto radiológico característico, velocidade de crescimento lenta e baixíssimo risco de degeneração maligna⁸. A tomografia determina o tamanho e a relação com órgãos vizinhos, podendo ser utilizada também para acompanhamento periódico dos incidentalomas, já que este é um tumor benigno de crescimento lento⁷.

Frequentemente a lesão é descoberta como achado de exame endoscópico, incidentaloma. Os exames radiológicos complementares são: exame contrastado do esôfago, tomografia computadorizada e US endoscópico. Por se tratar de uma lesão submucosa, a realização de biópsia endoscópica para tentativa de diagnóstico histológico muitas vezes é inconclusiva por não se obter material adequado. A biópsia está indicada apenas nos casos onde exista uma ulceração e o tecido muscular se encontre exposto. No caso em questão, a mucosa se encontrava íntegra e optou-se por não realizar a tentativa de biópsia⁹.

Em especial, considerando-se que a sua realização pode gerar aderências da mucosa ao tumor, dificultando a enucleação sem lesão mucosa durante o ato cirúrgico^{1,8}.

Considera-se o US endoscópico o método de maior especificidade no diagnóstico de leiomioma⁶. Não foi realizado este exame pelo fato da CT descrever com clareza a origem da lesão na muscular da mucosa e discutida com o radiologista a alta probabilidade de doença benigna¹.

Considerando a baixíssima probabilidade de tratar-se de lesão maligna, a equipe cirúrgica foi preparada para possível realização de esofagogastrectomia parcial com reconstrução por tubo gástrico transmediastinal dado a extensão e o envolvimento esofágico pela lesão. Não foi necessária sua realização tanto pelas características encontradas, quanto pelo fato da execução da reconstrução da muscular externa ter sido possível.

Dentre os leiomiomas de esôfago, cerca de metade deles são menores do que 5 cm e apenas 5% são maiores que 10 cm⁴. Os que são maiores que 10 cm são denominados leiomiomas gigantes. O tratamento clássico do leiomioma gigante inclui toracotomia com esofagectomia e esofagogastrostomia. A toracotomia aumenta significativamente a morbidade, com maiores complicações respiratórias, maior tempo para reintrodução da dieta, maior trauma cirúrgico, além das complicações relacionadas à anastomose, que aumentam o tempo de hospitalização e pioram o prognóstico³. Com os avanços da cirurgia minimamente invasiva, já há alguns casos descritos de tratamento por toracosopia.

A primeira enucleação extramucosa de um leiomioma de esôfago foi descrita por Ohsawa em 1933, desde então sendo a abordagem de escolha. Em 1992 ocorreu a primeira publicação de enucleação por videotoracosopia¹.

Considerando que em 80% dos casos o leiomioma de esôfago se encontra nos terços médio e inferior do esôfago, a abordagem videolaparoscópica por via transhiatal, se torna possível⁸.

No caso descrito, a via transhiatal ainda possibilitou a correção do alargamento de hiato da paciente em questão. Além disso, a dissecação da transição esôfagogástrica favorece o refluxo gastroesofágico após a cirurgia. Portanto, a realização da funduplicatura possibilita que a área de sutura da parede muscular do esôfago seja recoberta, aumentando assim a segurança no tratamento cirúrgico e evitando a possibilidade de refluxo gastroesofágico pós cirúrgico¹⁰.

Enucleação no caso de tumores gigantes tornam-se inapropriadas, pelo defeito extenso na miotomia, evoluindo com divertículos de mucosa ou disfagia. A maioria dos casos são tratados com esofagectomia e reconstrução com o cólon, porém há casos descritos do tratamento com enucleação e correção do defeito muscular com um retalho do grande omento, todavia realizados por toracotomia⁴.

Existe um caso na literatura descrito, de um leiomioma de 22.5 x 10 x 7.5 cm, tratado por enucleação. Houve perfuração de mucosa, porém não foi necessário converter a cirurgia, realizou-se a correção com pontos absorvíveis e verificou-se que não havia vazamentos por endoscopia⁴.

Há também um caso na literatura, onde realizou-se a enucleação de um leiomioma de 10 cm por uma miotomia de 2 cm, utilizando-se toracoscopia assistida por robótica. A toracoscopia assistida por robótica reduziu as lesões de mucosa de 15% para 1%¹¹.

A escolha do método depende de diversos fatores:

- a) O leiomioma esofágico é tão grande que impossibilita a ressecção sem dano a mucosa;
- b) Aderência entre o leiomioma e a mucosa esofágica é forte e extensa;
- c) Defeito irreparável da mucosa causado pela ressecção;
- d) Leiomioma gigante em esôfago distal e estendendo-se através da cárdia;
- e) Suspeita de Leiomiosarcoma.

No caso descrito foi realizada a enucleação de um tumor gigante circunferencial por videolaparoscopia pela via transhiatal. Por ter origem na muscular da mucosa, foi possível abrir a muscular externa, ressecar a lesão de forma íntegra e completa sem lesar a mucosa, seguida da reconstrução da muscular externa por sutura contínua com fio de Vicryl 3.0. Tomou-se o cuidado de manter uma sonda Fouchet 32 fr orogástrica durante o procedimento para evitar a constrição esofágica na área da lesão. A reconstrução da muscular externa é importante para prevenir um possível prolapso da mucosa¹. Em especial a funduplicatura realizada sobre a área de sutura também protege de forma complementar, prevenindo o prolapso e evitando o refluxo gastroesofágico pós operatório.

CONCLUSÕES

Em serviços com experiência adequada na realização de tratamento cirúrgico das doenças da transição esôfago gástrica pelo método videolaparoscópico, é possível realizar com adequada segurança o tratamento cirúrgico de lesões tumorais do esôfago distal. A abordagem transhiatal possibilita a exérese mesmo de leiomiomas gigantes e circunferenciais desta região. O método proporciona ao paciente um maior conforto pós operatório e pronta recuperação clínico cirúrgica.

Agradecimentos: Gostaria de agradecer a equipe Aranha-Brandalise, em especial ao Nilton Aranha, pelo trabalho em campo na cirurgia e por ter sido um excelente orientador.

REFERÊNCIAS

1. Loviscek LF, Yun JH, Park YS, Chiari A, Grillo C, Cenoz MC. Leiomyoma of the oesophagus. *Cir Esp*. 2009;85(3):147-51 doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2008.09.004>.
2. Karagülle E, Akkaya D, Türk E, Göktürk HS, Yildirim E, Moray G. Giant leiomyoma of the esophagus: a case report and review of the literature. *Turk J Gastroenterol*. 2008;19(3):180-3. Available from: <https://www.turkjgastroenterol.org/en/giant-leiomyoma-of-the-esophagus-a-case-report-and-review-of-the-literature-1621391>.
3. Hu X, Lee H. Complete thoracoscopic enucleation of giant leiomyoma of the esophagus: a case report and review of the literature. *J Cardiothorac Surg*. 2014;14(9):34. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1749-8090-9-34>.
4. Cheng BC, Chang S, Mao ZF, Li MJ, Huang J, Wang ZW, Wang TS. Surgical treatment of giant esophageal leiomyoma. *World J Gastroenterol*. 2005;11(27):4258-60. doi: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v11.i27.4258>.
5. Punpale A, Rangole A, Bhambhani N, Karimundackal G, Desai N, Ashwin de Souza. Leiomyoma of esophagus. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2007;13:78-81.
6. Xu GQ, Zhang BL, Li YM, Chen LH, Ji F, Chen WX. Diagnostic value of endoscopic ultrasonography for gastrointestinal leiomyoma. *World J Gastroenterol*. 2003;9:2088-91. doi: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v9.i9.2088>.
7. Rice TW. Benign esophageal tumors: esophagoscopy and endoscopic esophageal ultrasound. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*. 2003;15:20-26. doi: 10.1016/s1043-0679(03)00035-2.
8. Pereira FB, Leão B, Leli LF, Lima MPL. Leiomioma de esôfago com características epidemiológicas anormais: relato de caso. *Rev Med (São Paulo)*. 2018;97(3):357-60. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i3p00-00>.
9. Albuquerque W, Rocha LCM, Faria KB. Tumores benignos de esôfago. In: SOBED Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. *Endoscopia digestiva: diagnóstica e terapêutica*. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. Cap.28, p.219 [citado 2 mar. 2019]. Disponível em: http://www.gastrointestinalmed.com.br/downloads/Tumores_Benignos_esofago.pdf.
10. Marmuse JP, Johanet H, Louvent F, Benhamou G. Leiomyomas of the lower third of the esophagus. Value of transhiatal enucleation. *Ann Chir*. 1994;48:446-51.
11. Compean SD, Gaur P, Kim MP. Robot assisted thoracoscopic resection of giant esophageal leiomyoma. *Int J Surg Case Rep*. 2014;5(12):1132-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2014.11.003>.

Recebido: 06.11.19
Aceito: 08.11.19