

# Ruptura y Migración Espontánea de Tumor Pediculado Gigante del Esófago Torácico

Autor: Dr. Edgar Amorín Kajatt.\*

\*Departamento de Tórax  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas  
Lima - Perú

ARTÍCULO ORIGINAL (ESÓFAGO)

## SUMARIO

Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de tumoración de esófago medio con documentación radiológica y endoscópica, en quien se planteó cirugía, sin embargo la reevaluación previa a la cirugía demostró que la tumoración había desaparecido al haberse producido ruptura del pedículo tumoral mas migración distal del mismo.

## SUMMARY

This is the clinical case of a female patient with diagnosis of middle esophageal tumor with radiological and endoscopy documentation, who was scheduled for surgery treatment, therefore the esophagogastroscopy reevaluation previous the surgery showed absence of the tumor related to the rupture of the tumor pedicle and distal migration.

**Palabras claves:** *angiofibromioliopoma, esófago proximal, tumor pediculado, cirugía.*

**Key words:** *angiofibromyoliopoma, proximal esophagus, pedicle tumor, surgery.*

## INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de tumor pediculado gigante originado en el tercio medio del esófago (esófago torácico) compatible con tumor polipoide, en relación a angiofibromioliopoma de esófago, por las características visibles de la neoplasia a través del examen endoscópico y por el comportamiento evolutivo del mismo. La tumoración se caracterizaba por tener grandes dimensiones, ocupaba toda la luz del esófago, con cierta protrusión hacia el estómago, pediculado y originado en la submucosa del esófago torácico. Tuvo evaluación radiológica con estudio baritado de tránsito esofágico, tomografía de tórax y endoscopia digestiva alta. La reevaluación endoscópica el día previo a la cirugía planeada, demostró ausencia total de la tumoración esofágica previamente diagnosticada y documentada tres semanas atrás. Ello permitió establecer que la tumoración endoesofágica en mención, se trataba de una neoplasia de carácter benigna, de grandes dimensiones y que sufrió ruptura espontánea con desprendimiento de su pedículo con la consiguiente migración hacia el tracto digestivo distal y evacuación correspondiente. Casos similares han sido descritos en la literatura como un evento sumamente raro.

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 54 años de edad, admitida al Instituto de Enfermedades Neoplásicas con antecedente de quiste de ovario tratada mediante ooforectomía bilateral hace diez años, cuyo estudio anatomopatológico fue informado como cuerpo ama-

rillo hemorrágico de ovario derecho y endometriosis de anexo izquierdo.

Readmitida al Departamento de Tórax con el diagnóstico de neoplasia del esófago. La enferma se quejaba de dolor retroesternal y molestia en región epigástrica de moderada intensidad luego de ingesta de comidas copiosas, disfagia y disminución de peso no cuantificado. Presentó hematemesis y melena reciente por lo que fue evaluada por el gastroenterólogo, quien le administra tratamiento médico sintomático a base de antiácidos y analgésicos con mejoría relativa. La TAC de tórax corrobora la presencia de una extensa tumoración que se encuentra ocupando la luz del esófago. La paciente fue sometida a estudio endoscópico alto, la que permitió evidenciar tumoración endoesofágica que ocupaba casi toda la luz del esófago, permitió el ingreso del instrumento adyacente al tumor, muy sangrante al contacto superficial con el instrumento y se obtuvo biopsias para determinar la naturaleza de la neoplasia. El patólogo informó como lesión no neoplásica.

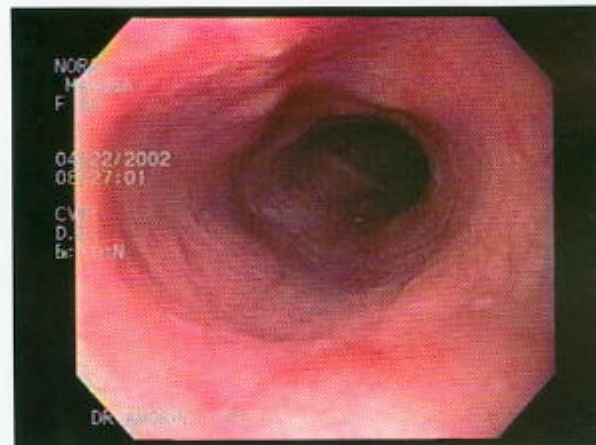
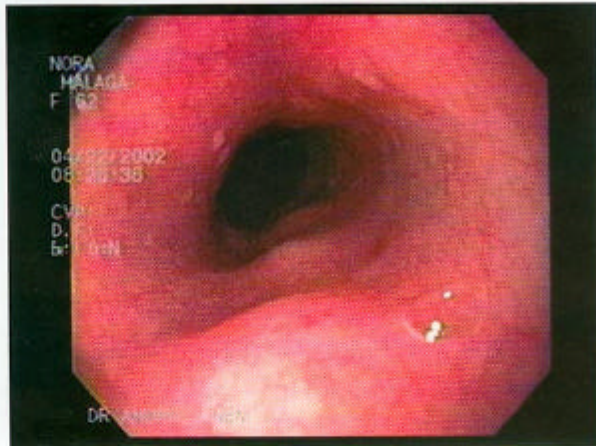
Se hospitalizó para tratamiento quirúrgico con el diagnóstico presuntivo de fibromioliopoma de esófago. Se planeó toracotomía derecha, esofagotomía mas resección del tumor pediculado.

## ASPECTOS ENDOSCÓPICOS

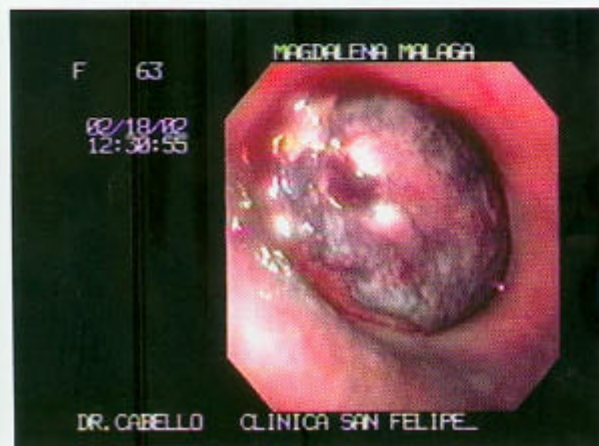
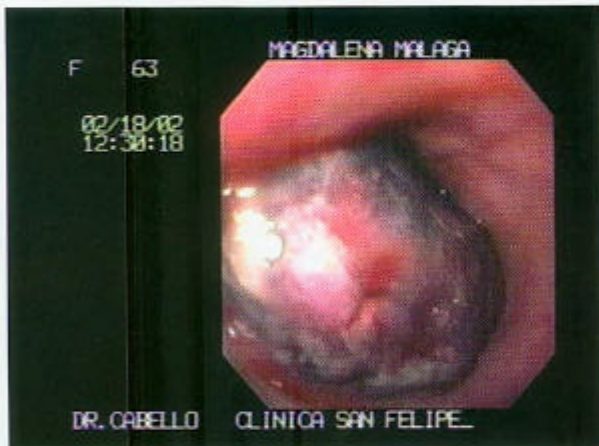
El día previo a la cirugía programada tuvo reevaluación endoscópica digestiva alta por el gastroenterólogo, quien nota cambios inesperados al comparar con los hallazgos de la esofagoscopia precedente. La descripción endoscópica establece

ausencia completa de la tumoración que había sido objetivada en el examen anterior, lo que indujo a plantearse la posibilidad de ruptura del pedículo y migración tumoral distal, eliminándose vía intestinal.

Originalmente la paciente presentaba una tumoración que ocupaba casi la totalidad de la luz del esófago, tenía un trayecto longitudinal importante, capaz de objetivarse inexorablemente durante el examen endoscópico. Mediante la esofagogastrosco-  
 copia permitió visión directa del tumor, habiéndose ingresado el endoscopio a través de la pared lateral del esófago apreciándose la totalidad del tumor y se pudo evaluar la cámara gástrica además. La primera esofagogastrosco-  
 copia habría sido la responsable del desgarro tumoral y la causa del posterior desprendimiento del tumor cuyo pedículo se habría originado en la mucosa del esófago y presentado migración secundaria del tumor a consecuencia de la desvitalización del pedículo tumoral y ruptura del mismo condicionado además por el voluminoso componente tumoral. La biopsia de por sí pudo haber contribuido a cierto sangrado y el control del mismo con asa caliente pudo haber ocasionado desvitalización y devascularización del pedículo tumoral tanto por efecto de la biopsia como por el efecto térmico del electrocauterio.



Ausencia de neoplasia endoluminal en el trayecto esofágico



Tumoración endoluminal objetivada endoscópicamente

El hecho de no advertirse neoplasia en el segundo examen endoscópico, motivó ampliación de anamnesis y se determinó correspondencia de los hechos cuando la paciente refirió que posterior a la primera esofagogastrosco-  
 copia había presentado una evacuación intestinal "extraña" caracterizada por presencia de deposiciones con un material mixto, oscuro con áreas de color blanquecino, de consistencia aumentada. Ante los hallazgos de la segunda esofagogastrosco-  
 copia, se determinó que la paciente tuvo una tumoración gigante pediculada, benigna, en relación presuntamente a fibromioliopoma de esófago. Se planteó la hipótesis de que la tumoración se habría desprendido inmediatamente después de la primera endoscopia digestiva alta y el procedimiento biopsico a nivel del pedículo tumoral habría permitido la ruptura del mismo. No se advirtió descompensación hemodinámica, sangrado importante o alteración clínica manifiesta en la paciente luego de producida la ruptura y migración del tumor esofágico. Este evento se habría producido sin dolor torácico ni manifestaciones de trastorno funcional digestivo o hemodinámico.

## DISCUSIÓN

Las neoplasias primarias del esófago de carácter pediculado tienen un matiz que los uniformiza, es decir tienen características homogéneas en cuanto al crecimiento polipoideo con base por lo general filiforme y dependiente de la mucosa o submucosa con protrusión hacia la luz del esófago (1). Esta característica les permite crecer en el tiempo sin producir molestias para tragar alimentos y solo cuando alcanzan dimensiones considerables son capaces de perturbar al enfermo, dar manifestaciones clínicas de disfagia esencialmente y en grado variable (2). Estos tumores son de naturaleza histológica benigna y solo se tornan malignos excepcionalmente (3). Los tumores benignos del esófago son de rara presentación, en un estudio de 20,000 autopsias practicadas, se encontraron 90 casos de tumor benigno esofágico, con una prevalencia de 0,5% aproximadamente (4). Estos tumores son más frecuentes en varones que mujeres (relación de 3:1), y se presentan a partir de los 40 años de edad, con una mayor incidencia entre los 60 a 70 años. Estos tumores benignos por su localización anatómica se clasifican en intraluminales, intramurales o extramurales. El 80 % de estos se ubican en el tercio superior del esófago, generalmente se desarrollan en la parte inferior del músculo cricofaríngeo, en el Triángulo de Laimer-Haeckemann, área de debilidad muscular del esófago superior (5). Los tumores son usualmente solitarios, intraluminales, pediculados, blandos y fácilmente compresibles; pueden crecer hasta desarrollar de manera importante y alcanzar grandes dimensiones; en su estructura tumoral, contienen tejido mixto: vascular, fibroso, adiposo y muscular, lo que confiere las características particulares en su arquitectura e histológica. Entre las neoplasias que se describen con las peculiaridades antes mencionadas se destacan algunas: el lipoma esofágico, angioliipoma, fibroliipoma, angiomiolioliipoma, entre otras (6). El concepto fundamental que hay que tener en cuenta en el manejo de estas neoplasias, es que, si bien es cierto que estos tumores son de rara presentación, es necesario que tengan solución quirúrgica inmediata. Una vez realizado el diagnóstico endoscópico mas la biopsia correspondiente, la cirugía es la regla como el siguiente paso. El presente caso es un aporte a la literatura médica que se suma a otros publicados, que permiten demostrar la baja incidencia de presentación de migración espontánea de tumores pediculados del esófago de grandes dimensiones. Se establece que habrían por lo menos tres modalidades de desprendimiento espontáneo del tumor. La primera manera estaría en relación a la verdadera migración espontánea de una importante neoplasia esofágica polipoidea, merced a la presencia de un pedículo fino, asociado a un importante peso tumoral y que sufre el mecanismo de desprendimiento tumoral por ruptura a nivel de su pedículo. La otra modalidad de migración espontánea se explica cuando se produce ruptura del pedículo, inducido por manipulación instrumental con el esofagogastroscoPIO, que condiciona trauma no advertido a nivel del pedículo tumoral o por el mecanismo de la biopsia practicada justamente a nivel del pedículo tumoral y que muchas veces el endoscopista es conciente del mismo. Este último procedimiento favorece al desgarro y desprendimiento tumoral con la migración distal consiguiente. Una tercera posibilidad es cuando hay torción espontánea o inducida del tumor mas el consiguiente desprendimiento tumoral.

Desde el punto de vista de la naturaleza del tumor, dado a las características morfológicas por visión endoscópica, se postu-

la que la mayoría de estos corresponden angiofibromioliipoma esofágico, neoplasia benigna y de rara presentación en la población en general. La disfagia es poco frecuente y se presenta solamente cuando la tumoración pediculada alcanza importantes dimensiones en el curso de su crecimiento. El estrechamiento esofágico condiciona síntomas de disfagia y odinofagia, puede asociarse a dolor torácico retroesternal ante el reflujo gastroesofágico de ácidos, que produce esofagitis química en grado variable. La sintomatología puede ser pobre en contradicción con los hallazgos del examen radiológico baritado en la que se muestra como tumor grosero que permite el paso irregular de la sustancia de contraste. La tomografía computada de tórax permite apreciar categóricamente a la tumoración con sus respectivos límites e interfases con la vecindad, sus dimensiones, densidad, entre otros, que permiten catalogar como neoplasia benigna sin compromiso infiltrativo de la vecindad, se puede apreciar a la pared esofágica bien definida y el paso de la sustancia de contraste por alrededor de la tumoración, formando un "anillo" peritumoral de aire que no traduce malignidad. La tomografía espiral multicorte (TEM), es actualmente el mejor estudio tomográfico confiable para definir la conducta terapéutica luego de haber realizado el diagnóstico. El TEM o la TAC de tórax, es un examen ineludible que permite diseñar el tratamiento y el abordaje quirúrgico al hacernos conocer las verdaderas dimensiones, el lugar preciso del extremo proximal y distal de la neoplasia. La endoscopia es mandatoria para complementar el análisis y diseño quirúrgico. La esofagogastroscoPIA es el procedimiento obligatorio en el manejo diagnóstico y está siempre considerado dentro de la rutina en el manejo integral en presencia de alteración clínica del esófago y estómago. permite definir las características morfológicas de la neoplasia y a través de ella se obtiene la toma de una muestra representativa del tumor, necesaria para establecer la naturaleza histológica del tumor (7). Es importante tener cuidado al seleccionar el lugar de la biopsia para evitar sangrado importante con la consiguiente morbilidad. Si el área de la mordedura del fórceps en la toma de muestra es a nivel del pedículo tumoral, además de producir sangrado, puede motivar la ruptura y migración distal del tumor (8). El solo hecho de manipular indebidamente al tumor puede ocasionar torción del pedículo tumoral, ruptura traumática del pedículo, desvitalización y sangrado del mismo entre otros, razón por la cual es conveniente alertar sobre estas posibilidades previsibles y mantener estrecha vigilancia al paciente y de esa manera estar prevenido frente a esta eventualidad. De producirse accidentalmente ruptura involuntaria del pedículo tumoral, es necesario contar con pinzas calientes, argón plasma o electrocauterio para el control de la complicación. La cirugía inmediata debido a un sangrado no controlable es muy raro, sin embargo hay que tener en mente y considerar la solución quirúrgica frente a un cuantioso sangrado no controlado por vía endoscópica (9). La ruptura espontánea del tumor y migración distal del mismo es una rara eventualidad que ha sido descrita particularmente en presencia de tumores benignos del esófago de grandes dimensiones y por ende de un peso importante, el que ha ido traccionando progresivamente al pedículo hasta producir la separación del mismo. El grosero desarrollo del tumor, aumento de volumen y peso respectivamente se suma al efecto de la gravedad física y el paso del bolo alimenticio en el esófago para favorecer la ruptura del pedículo tumoral y la migración distal de manera espontánea. Dependiendo del volumen tumo-

ral, se presentan manifestaciones digestivas durante el paso del tumor a través del tracto digestivo hasta alcanzar el recto. El paciente muchas veces evacúa el material tumoral sin que lo note o puede advertirlo como "heces anormales" por los caracteres organolépticos del mismo que incluyen cambios en el color, textura y otros (8).

El tratamiento de los tumores pediculados del esófago es mediante cirugía y el planeamiento del bordaje quirúrgico depende de la localización del pedículo del tumor, el que por lo general se encuentra en la región proximal del tumor, con un pedículo muy breve que depende de la submucosa esofágica y sin compromiso de la pared del mismo.

Por su naturaleza suelen desarrollarse desde la submucosa y el crecimiento es pendular alcanzando grandes dimensiones como la del presente caso, sin infiltrar o tener efecto secundario en la vecindad (10). La superficie del tumor se encuentra encapsulada, por un fino tejido mesenquimal con una tenue vascularización. La presencia del tumor en el ámbito gástrico, es decir al llegar a crecer distalmente hasta la porción distal del esófago o sobrepasar el mismo, promueve la ausencia funcional del cardias con el consiguiente reflujo de jugos digestivos al esófago, generando erosión química por los ácidos y álcalis de los jugos gástricos y biliares respectivamente, favoreciendo cambios groseros en la superficie del tumor además.

La remoción del tumor se realiza mediante esofagotomía longitudinal, incisión por alrededor del pedículo tumoral y extracción completa del tumor (11). Se realiza rafia esofágica con autosutura o puntos manuales por separado. El abordaje cervical se realiza para aquellos tumores del tercio superior del esófago, en cambio la toracotomía es la regla si el tumor se desarrolla en el tercio medio o distal del esófago (12).

La evolución post operatoria es aceptable y la presencia de fístulas es nula o mínima, no debiendo haber complicación alguna al cumplirse con las pautas de cirugía de víscera hueca, por ello es importante una adecuada técnica quirúrgica y experiencia del cirujano. También es fundamental el estrecho cuidado en el control post operatorio.

## CONCLUSIONES

Se ha presentado el caso de una paciente admitida al Departamento de Tórax del Instituto de Enfermedades neoplásicas, con una neoplasia originada en el esófago de naturaleza benigna, con síntomas de dolor retroesternal, hematemesis y melena, habiéndose documentado en la historia clínica los eventos clínicos correspondientes. La presencia del tumor esofágico en la enferma se documentó mediante estudios radiológicos,

incluyendo examen de tránsito esofágico y tomografía computada de tórax. El gastroenterólogo al momento de realizar examen esofagoastrosκόpio, advirtió una neoplasia de carácter benigno dependiente del esófago, procedió a biopsiarlo para documentación histológica, la que no demostró neoplasia maligna. Previa a la cirugía planeada mediante toracotomía derecha mas esofagotomía y resección quirúrgica del tumor, la paciente tuvo una segunda reevaluación esofagoscópica, la misma que demostró ausencia total del tumor esofágico. Se produjo migración espontánea del tumor del esófago, materia de la publicación del presente estudio.

## AGRADECIMIENTO

Se agradece al Dr. Cabello, Gastroenterólogo de la Clínica San Felipe por habernos facilitado la fotografía del examen endoscópico de la paciente para adjuntar en la presente publicación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hyu Chae Paik et al, Fibrovascular polyp of the esophagus in infant. *Yonsei Med.J.* 42 (2), 264-266, 2001.
2. Merrit j. Seshul et al, Pharyngeal fibrovascular polyp in a child, *Otorhinolaryngol*, 797-800, 1998.
3. Benelbarhdadi I. et al Oesophageal giant fibrovascular polyp, *Acta Endoscopica* 31 (3) supplement, 2001.
4. Miriam J et al, Polyp Synovial Sarcoma of the esophagus. *Gastroenterology*, 92: 229- 233, 1987.
5. Preston R, Radiation induced gastrointestinal stromal sarcoma of the esophagus. *Ann Thor Surg*; 70: 660-662, 2000.
6. Yaghmai I et al, Chondrosarcoma of the esophagus. *AJR*, 126: 1175-1177, 1976.
7. Mansour KA, Pedunculated liposarcoma of the esophagus: a first case report. *JTCVS*, 86:447-450, 1983.
8. Amorin E, y Col. Angiofibromiolipoma del esofago. *Acta Cancerológica*. En Prensa
9. De Meester TR, Skinner DB, Polyp sarcomas of the esophagus: a rare but potentially curable neoplasm. *Ann Thor Surg*, 20:405-417, 1975.
10. Aiko S et al Pedunculated esophageal leiomyosarcoma: a case report. *Dis. Esophagus*, 12(3): 239, 1999.
11. Boggi U et al. Giant pedunculated liposarcoma of the esophagus: literature review and case report. *Hepatogastroenterology*, 44 (14): 398-407, 1997.
12. Bak YT et al. Liposarcoma arising in a giant lipomatous polyp of the esophagus. *Korean J Intern Med* 4:85-89, 1989.