

RELATOS DE CASOS

LEIOMIOMA DO ESÔFAGO REMOVIDO POR VIDEOLAPAROSCOPIA LEIOMYOMA OF THE LOWER ESOPHAGUS TREATED BY VIDEOLAPAROSCOPY

João Luiz M. C. Azevedo, TCBC-SP¹
Jean Boulez²
Marie Cecile Blanchet²

INTRODUÇÃO

Apesar da raridade, o leiomioma esofageano é o tumor benigno mais freqüentemente encontrado nesse órgão. Sweet et al¹ constataram somente quatro, numa série de 13 mil autópsias, ao passo que Postlethwait e Musser² verificaram 51 leiomiomas esofageanos em mil autópsias consecutivas. Seremetis et al³ calcularam a ocorrência de um para cinqüenta, em relação a carcinomas do esôfago. É uma lesão que ocorre habitualmente e após os 40 anos de idade, incidindo duas vezes mais em homens. A localização preferencial é no segmento médio e inferior do órgão. A transformação maligna é muito rara, se de fato existe. Não é comum haver sintomas. Geralmente representam achados ocasionais da imagenologia. A presença nítida de sintomas e a incerteza diagnóstica quanto à real natureza da lesão são indicações incontrovertidas de cirurgia. Adicionalmente, neste caso, havia indicação de colecistectomia videolaparoscópica. No decurso, foi realizada enucleação do leiomioma de segmento inferior do esôfago. A pesquisa bibliográfica realizada pelos autores não logrou recuperar nenhum caso de resolução cirúrgica videolaparoscópica para leiomioma esofageano.

RELATO DO CASO

Uma paciente de 55 anos de idade era acometida de tumor extramucoso de esôfago inferior, revelado há sete anos no transcurso de investigação diagnóstica para dispepsia alta incaracterística. Naquela ocasião, uma ultra-sonografia do abdome demonstrou colelitíase. Não foi observado refluxo gastroesofageano na endoscopia. Foi observado tumor extramucoso na parede póstero-lateral esquerda do esôfago, com

características endo-sonográficas compatíveis com leiomioma de 6mm de extensão. Nessa época não havia queixa de disfagia. Recentemente, a paciente retornou referindo dor abdominal superior, atribuída à sua colecistopatia. Queixava-se também de disfagia leve. O exame radiológico do esôfago contrastado (Figura 1-A), a endoscopia (Figura 1-B) e a endo-sonografia mostraram um leiomioma de 40mm, com protrusão para o interior do esôfago, com discreta diminuição do calibre do órgão.

Na avaliação pré-operatória, os exames bioquímicos da função hepática estavam normais; a ultra-sonografia e a colangiografia venosa mostravam ductos biliares extra-hepáticos não dilatados e livres de cálculos. A colecistectomia e a mio-miectomy esofageana foram realizadas simultaneamente.

Uma vez instalado o pneumoperitônio, cinco portas foram colocadas, como para a esôfago-cardiomyotomy videolaparoscópica.⁴ O mioma esofageano foi identificado. A cole-

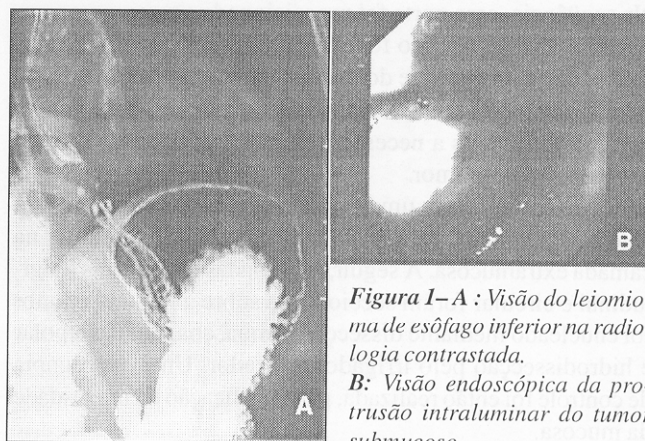


Figura 1—A : Visão do leiomioma de esôfago inferior na radiologia contrastada.
B: Visão endoscópica da protrusão intraluminal do tumor submucoso

1. Professor Adjunto Doutor do Departamento de Cirurgia da UNIFESP – EPM, PhD, FICS.

2. Professor Titular do Departamento de Cirurgia General e Digestiva da Faculdade de Medicina da Universidade Claude Bernard, Lyon, França.

Recebido em 25/1/99

Aceito para publicação em 15/7/99

Trabalho realizado na Fédération des spécialités digestives, Pavillon D-O, Hôpital E. Herriot,.

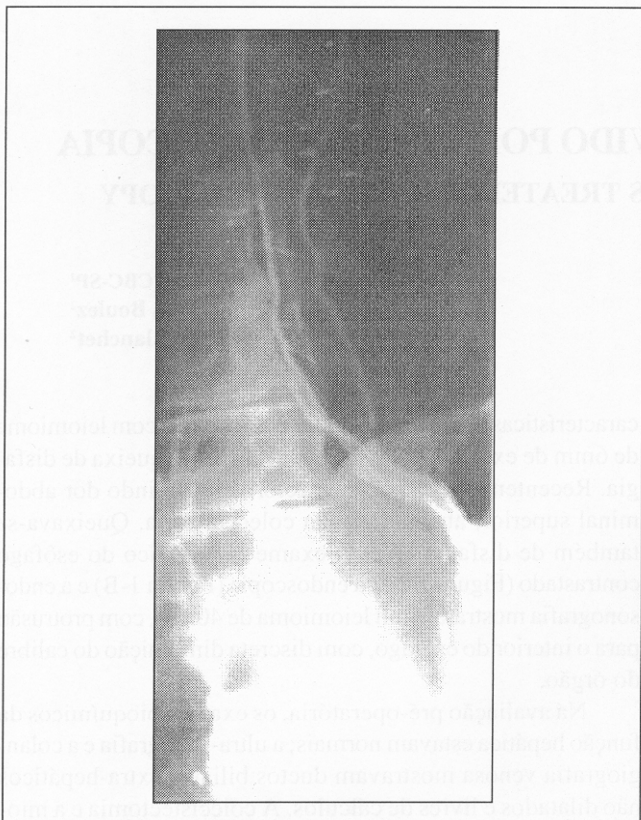


Figura 2 – Radiologia de controle com contraste hidrossolúvel no quarto dia de PO

cistectomia foi feita normalmente. A vesícula com os cálculos foi retirada através da porta subcostal esquerda de 10mm. Na seqüência, essa porta foi reposicionada e o campo operatório do hiato esofágico foi visibilizado após seção do ligamento gastro-hepático e do hemiperímetro anterior da membrana frenoesofageana. A dissecação mediastinal em torno do esôfago foi apenas a necessária para liberar o segmento do esôfago sede do tumor.

Nesse momento, uma esofagoscopia foi realizada para determinar com exatidão a área de implantação do tumor na camada extramucosa. A seguir, as camadas musculares longitudinal e circular foram seccionadas sobre a lesão e o tumor foi enucleado mediante dissecação romba, coagulação bipolar e hidrodissecação pelo irrigador/aspirador. Uma endoscopia de controle foi então realizada, para verificação da integridade da mucosa.

A solução de continuidade da musculatura esofageana ao nível da enucleação foi suturada por pontos separados intracorpóreos de ácido poliglicólico 3-0. Seguiu-se um ponto de sutura para diminuir o calibre do hiato esofageano. Nenhum procedimento anti-refluxo foi efetuado. A intervenção durou trinta minutos para a colecistectomia e uma hora e trinta minutos para a miomectomia.

O período pós-operatório imediato transcorreu sem complicações. Na primeira ingestão alimentar, o paciente referiu

desaparecimento da disfagia. Um exame radiológico de controle com contraste hidrossolúvel foi realizado no quarto dia pós-operatório (Figura 2). O diagnóstico histopatológico revelou tumor conjuntivo formado por células musculares lisas (leiomioma).

DISCUSSÃO

No caso presente, a indicação cirúrgica foi em função da considerável dimensão tumoral, da observação do crescimento da lesão de 6mm para 40mm, da sua proximidade com o esfíncter inferior do esôfago e da sintomatologia (disfagia, devido à diminuição do calibre esofageano). Por outro lado, a necessidade de se realizar outra operação videolaparoscópica pesou na decisão de enuclear simultaneamente o mioma.

O sucesso desta operação permite recomendar a enucleação dos leiomiomas esofageanos baixos, mesmo assintomáticos, pela via videolaparoscópica, sempre que outra operação laparoscópica no andar supramesocólico estiver indicada.

Não obstante, a presença de sintomas indica de per si a enucleação desses leiomiomas, preferencialmente por acesso videolaparoscópico. Outra indicação formal de intervenção cirúrgica é a dúvida diagnóstica quanto à natureza da lesão, em função de suas grandes dimensões e/ou da constatação de limites tumorais imprecisos à endo-sonografia, de heterogeneidade da imagem ecográfica, áreas de calcificação na neoplasia, invasão da mucosa e ulceração.

A radiologia com esôfago baritado e os dados da ultrasonografia endoscópica (endo-sonografia) são de grande valia na análise da precisa localização dos leiomiomas do esôfago inferior, das dimensões das lesões e de sua natureza quanto à possível malignidade.

Quer por laparoscopia,⁴ ou por cirurgia aberta,⁵ pode-se intervir com segurança na musculatura esofageana. Durante a enucleação por videolaparoscopia, a utilização intensiva da hidrodissecação (separação das estruturas mediante movimentos da cânula de aspiração/irrigação em funcionamento) facilita a liberação do tumor dos tecidos adjacentes.

Por outro lado, é necessário adotar-se o cuidado de preservar o mais possível as estruturas de sustentação da cárdia, de modo a manter a junção esôfago-gástrica in situ e, dessa forma, diminuir a possibilidade da ocorrência de refluxo gastroesofageano pós-operatório. A associação de uma válvula anti-refluxo não está indicada, salvo se houver necessidade de dissecação extensa do cárdia. Nesse caso, são mais recomendadas as válvulas anti-refluxo posteriores, quer totais (tipo Nissen, Rossetti, "Floppy"-Nissen), quer parciais (técnicas de Toupet, de Lind, de Pinotti). Preconiza-se, também, a sutura do leito esofageano do tumor enucleado, a fim de prevenir a ocorrência de pseudodivertículos de mucosa através da brecha muscular. Adicionalmente, a colaboração da endoscopia peroperatória facilita o planejamento da enucleação em local exato e controla eficazmente a integridade da mucosa após a exérese tumoral. Uma alternativa

válida para esse último controle é a instilação endoluminal através da sonda nasogástrica de solução de azul de metileno,

prévio clampeamento do esôfago distalmente ao local operado.

ABSTRACT

This report describes a leiomyoma of the inferior third section of the esophagus removed during laparoscopic cholecystectomy. The patient is a woman 55-years-age, carrying esophageal myoma of 40 mm in diameter wide, situated in the posterior wall of the lower esophagus. Indications for surgery were based mainly on the growth of the mass (6 mm when discovered 7 years previously, increased to 40 mm). Recently the patient returned suffering from pain, which could be attributed to his lithiasic cholecystopathy. A small degree of low dysphagia could also be observed. Radiologic imaging, direct endoscopic examination and endoscopic ultrasound showed that the mioma protruded on to the oesophagic lumen, discreetly diminishing there. A laparoscopic esophageal myomectomy was indicated at the same session of the laparoscopic cholecystectomy. Once the pneumoperitoneum was installed, five ports were placed as if for a hiatus hernia surgery. The cholecystectomy was uneventful. Next, an esophagoscopy was performed so as to determine the precise area covering the base of the tumour, at the right-lateral site. Longitudinal and circular fibres of the esophagus was severed over the lesion and the enucleation of the tumour was performed alternating the monopolar dissection, bipolar and hidrodisection. Control-endoscopy was carried out to verify mucosa integrity. Four suture points with poliglactine 3-0 string so as to close the musculature followed this. One suture was placed in for diminution of the size of the esophagean hiatus. Total time of intervention: two hours (30m for the cholecystectomy and one hour and thirty minutes for the myomectomy). Postoperative period: uneventful. Disappearance of the dysphagia was observed. Radiologic transit control with water-soluble contrast at 4th post-operative day: good passage. Diagnosis from laboratory of pathology: conjunctive tumour formed by muscle non-striated cells: leiomyoma. The patient was re-examined on the two-month postoperative follow-up. General conditions were good and there were no complain of dysphagia. Neither there were any symptoms of gastro-esophageal reflux.

Key Words: Laparoscopy; Esophagus; Surgery; Surgical techniques; Leiomyoma; Benign neoplasms.

REFERÊNCIAS

1. Sweet RA, Souttar L, Tejala Valenzuela C – Muscle wall tumours of the esophagus. *J Thorac Surg* 1954; 27:13-35.
2. Postlethwait RW, Musser AW – Changes in the esophagus in 1.000 autopsy specimens. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1974; 68:953-956.
3. Seremetis MG, Lyons WS, de Guzman V,C et al – Leiomyomata of the esophagus. An analysis of 838 cases. *Cancer* 1976; 38:2166-2177.
4. Boulez J, Meeus P, Espalieu P – Oesocardiomiectomie de Heller sans anti-reflux par voie laparoscopique: analyse d'une série de 27 cas. *Ann Chir* 1997; 232-236.
5. Boulez J, Baulieux J, Mayer B, et al – Résultats éloignés de la myotomie de Heller dans le traitement de l'achalasia oesophagienne. A propos de 103 cas. *Ann Gastroenterol Hepato* 1981; 17:321-328.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. João Luiz M. C. Azevedo
Rua Joaquim Távora, 550/101-A
04015-011 – São Paulo-SP
E-mail: jozevedo.dcir@epm.br
Site:Http://www.cirurgiaonline.med.br