

LEIOMIOMAS DO ESÔFAGO REMOVIDOS POR VÍDEO-TORACOSCOPIA

VIDEOTHORACOSCOPIC RESECTION OF ESOPHAGEAL LEIOMYOMAS

João Luiz M. C. Azevedo, TCBC-SP¹
Jean Boulez²
Otávio Azevedo³

INTRODUÇÃO

A presente comunicação é baseada em três casos de leiomiomas esofagianos removidos com sucesso mediante toracoscopia à direita. Todos os pacientes apresentavam sintomas gastrointestinais, mas apenas em um eles estavam relacionados com a parte alta do tubo digestivo. O tumor estava localizado no esôfago inferior no caso 1, no terço médio do esôfago no caso 2 e na parte alta intratorácica do órgão no caso 3.

A avaliação pré-operatória incluiu em todos os pacientes um estudo radiológico contrastado de tubo digestivo superior, uma tomografia computadorizada de tórax e abdome, e um exame endoscópico com endossonografia. Seletivamente foram realizadas biópsias transparietais da massa e manometria esofagiana.

As intervenções transcorreram sem incidentes, tendo durado em média três horas. O porte dos leiomiomas variou de 4 cm a 6 cm. Os resultados clínicos foram satisfatórios em todos os pacientes.

RELATO DOS CASOS

Caso 1: Homem, 39 anos, com sintomas discretos (dor torácica, pirose e disfagia). Foi diagnosticado por exame radiológico contrastado um tumor extramucoso de 4 mm no esôfago inferior (Figura 1). Realizou-se enucleação da lesão por videotoracoscopia. O exame anatomopatológico diagnosticou leiomioma.

Caso 2: Homem, 28 anos. No decurso de investigação por sintomas dispépticos incomuns, a radiologia contrastada revelou um tumor do terço médio do esôfago. Foi

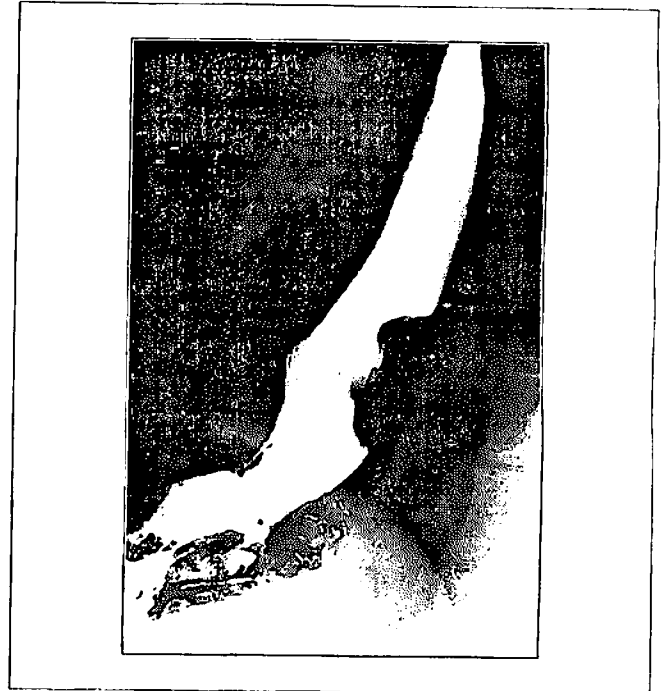


Figura 1 – Exame contrastado de esôfago, mostrando um defeito de enchimento de contornos lisos, formando um característico ângulo obtuso com a parede esofagiana (caso 1)

realizada uma biópsia transparietal da massa, que diagnosticou tumor muscular benigno (leiomioma). A lesão foi enucleada por acesso videotoracoscópico, sem complicações (Figura 2). O pós-operatório imediato foi turbulento, com hematoma em uma das portas laparoscópicas e derrame pleural importante, finalmente controlado.

1. Professor Adjunto Doutor do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Escola Paulista de medicina (EPM-SP). Professor convidado da Universidade Claude Bernard, Lyon, França.
2. Professor Titular do Departamento de Cirurgia Geral e Digestiva da Faculdade de Medicina da Universidade Claude Bernard, Lyon, França.
3. Residente de Cirurgia Gastroenterológica do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo.

Recebido em 25/1/99

Aceito para publicação em 28/10/99

Trabalho realizado no Serviço de Chirurgie Générale et Digestive, Fédération des Spécialités Digestives, Pavillon D-O, Hospital Edouard Herriot, Lyon, França.



Figura 2 – Aspecto intra-operatório da fase final da ressecção do tumor (caso 2)

Caso 3: Mulher, 53 anos de idade. Durante investigação diagnóstica por causa de diarreia crônica, uma endoscopia alta com endossonografia demonstrou uma massa submucosa, de 40 mm x 15 mm, situada no terço superior do esôfago torácico, com mucosa íntegra. Uma biópsia transparietal foi realizada, diagnosticando leiomioma. Foi realizada enucleação do tumor mediante acesso toracoscópico. O período pós-operatório transcorreu tranquilamente.

DISCUSSÃO

A preocupação maior frente aos tumores musculares extramucosos do esôfago é a possibilidade de se tratar de lesão maligna (leiomiossarcoma). A tomografia computadorizada discrimina com acurácia a localização e as dimensões da base de implantação do tumor, assim como também as relações da massa com os órgãos mediastinais.¹ Contudo, o exame que melhor define os limites intraparietais e as características de textura da lesão é a ultra-sonografia endoscópica (endossonografia).² Não obstante, a endossonografia do tumor pode mostrar calcificações, limites imprecisos e heterogeneidade, sem que esses estigmas de malignidade sejam patognomônicos da presença de câncer.

Dessa forma, a suspeita de malignidade da lesão enucleada no caso 1 apenas pôde ser descartada após o exame histopatológico. A esse propósito, Seremetis et al³ relataram que 1,8% de 838 leiomiomas esofagianos estudados apresentavam calcificação. Para complementar, o único exame capaz de atestar nitidamente a malignidade da lesão, vale dizer,

a biópsia endoscópica transparietal, não é aconselhada,⁴ pois a fibrose cicatricial em função do traumatismo inerente a esse procedimento é a responsável pela maior parte das lesões de mucosa por ocasião da enucleação do tumor.⁴

Por causa dessas dificuldades diagnósticas, a tendência atual é no sentido da pronta remoção desses tumores, a menos que sejam muito pequenos (menores que 3 cm), pois tumores dessas dimensões que demonstrem homogeneidade à endossonografia são muito provavelmente benignos. Por outro lado, a possibilidade recentemente surgida de se extirparem os leiomiomas esofagianos por toracoscopia ou laparoscopia reforça essa tendência.⁵

A análise dos presentes casos mostra que tumores na vizinhança da cárdia, a exemplo do caso 1, devem ser removidos por videolaparoscopia e não por toracoscopia, pois essas lesões comumente se associam com distúrbios motores afetando a ação do esfíncter inferior do esôfago, com refluxo gastroesofágico conseqüente. Ou, ainda, a operação de enucleação feita próxima à cárdia pode aumentar a intensidade de refluxo preexistente, com progressão de refluxo fisiológico para patológico, a exemplo do que possivelmente ocorreu no caso 1. Há, em casos semelhantes, necessidade de se confeccionar simultaneamente uma válvula anti-refluxo e, às vezes, também de se estreitar o diâmetro de um hiato esofágico anormalmente alargado. Ambos os procedimentos são melhor efetuados por acesso videolaparoscópico que por toracoscopia.

Após a remoção de um tumor muito grande, a brecha na musculatura pode ser deixada aberta se a sutura da mesma parecer estreitar demasiadamente o calibre esofágico, contanto que haja certeza quanto à integridade da mucosa.⁴

Entretanto, ao se deixar aberta a brecha muscular, pode se desenvolver na área um pseudodivertículo de mucosa esofágica, podendo resultar em dificuldade de trânsito alimentar e conseqüente disfagia. No caso 3 da presente casuística, a brecha da camada muscular não foi suturada, mas não houve distúrbios posteriores da deglutição.

O desenvolvimento de pseudodivertículo sintomático em decorrência da omissão da sutura da ferida cirúrgica esofágica, após enucleação de leiomioma, foi relatado por Perrachia et al.⁴ O paciente referido⁴ apresentou disfagia pós-operatória severa, com demonstração imagenológica de pseudodivertículo e de zona de aperistalse à manometria. A normalidade do peristaltismo esofágico foi restabelecida e a sintomatologia regrediu prontamente após reoperação para sutura da brecha muscular, com resolução do pseudodivertículo.

ABSTRACT

This report describes three cases of esophageal leiomyomas successfully resected by thoracoscopy. Surgical enucleation through minimally invasive surgery is the treatment of choice for esophageal leiomyoma. The conventional approach through a formal thoracotomy has the potential of causing excessive pain and patient discomfort. Moreover, the hospital stay and the

recovery period are prolonged. Indications for surgery were based mainly on the size of the mass (<4 cm) and the presence of dysphagia. In one case there was a clear suspicion of malignancy. The tumour was located in the lower thoracic esophagus (case 1), in the middle thoracic esophagus (case 2) and in the upper esophagus (case 3). The CT was useful in identifying the relationship between the lesion and the organs of the mediastinum. The barium swallow study was able to locate the lesion along the esophagus. The endosonography determined the boundaries of the lesions. A right thoracoscopic approach was undertaken. Dissection of the esophagus around its entire perimeter was never necessary because all tumours were anterior or right sided. The tumours were better grasped with a traction suture than with forceps. The hidrodissection was very helpful. The water-soluble contrast swallow, performed on the fourth postoperative day, was normal. Clinical results were satisfactory in all patients. Biopsies should never be performed when the mucosa overlying is normal.

Key Words: Thoracic surgery; Esophageal surgery; Surgical techniques; Benign esophageal neoplasms; Benign neoplasm.

REFERÊNCIAS

1. Partensky S, Caillon P, Berger F, et al – Apport de la tomodensitométrie au diagnostic et au traitement du polype fibrovasculaire de l'esophage. *Chirurgie* 1998;114:217-222.
2. Rosch T, Lorenz R, Dancygier H, et al – Endosonographic diagnosis of submucosal upper gastrointestinal tract tumors. *Scand J Gastroenterol* 1992;27:1-8.
3. Seremetis MG, Lyons WS, de Guzman VC, et al – Leiomyomata of the esophagus: an analysis of 838 cases. *Cancer* 1976; 38:2.166-2.177.
4. Peracchia A, Bonavina L, Bardini R, et al – Thoracoscopic enucleation of esophageal leiomyoma. In: Peters JH, DeMeester TR, editors. *Minimally Invasive Surgery of the Foregut*. St. Louis:Quality Medical Publishing, 1994: 239-243.
5. Gossot D, Fourquier M, Meteini E, Celerier M – Technical aspects of endoscopic removal of benign tumours of the esophagus. *Surg Endosc* 1993;7:102-103.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Prof. Dr. João Luiz M. C. Azevedo
 Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina
 Ed. Técnica Operatória – Rua Botucatu, 740 – Térreo
 V. Clementino – 04023-000 – São Paulo – SP
 E-mail: jozevedo.dcir@epm.br
 Site: [Http://www.cirurgiaonline.med.br](http://www.cirurgiaonline.med.br)