



# Liposarcoma del Esófago

## Revisión de 1 caso

R. OLIVEROS, MD, SCC; J. VILLAMIZAR, MD, SCC; M. LOPEZ, MD; F. MEJIA, MD; R. ALBIS, MD, SCC; A. REYES, MD.

**Palabras claves:** Disfagia, Cáncer del esófago, Sarcoma esofágico, Liposarcoma, Esofagectomía, Ascenso gástrico, Esofagogastrrectomía.

*Se presenta un paciente de 63 años de edad, quien ingresó por disfagia y melenas de 2 meses de evolución; en los estudios radiológicos, endoscópicos y tomográficos se identificó una masa intraesofágica que se extendía desde el nivel cervical hasta la porción proximal al estómago. Fue llevado a cirugía en la que se le practicó una esofagectomía por tres vías, con anastomosis esofagogastrica terminolateral, por hallazgo de una masa ulcerada que llenaba todo el esófago, con implantación primaria en la porción cervical. El reporte histológico definitivo fue de liposarcoma bien diferenciado, con áreas mixoides y ulceración.*

### INTRODUCCION

El cáncer del esófago en el Instituto Nacional de Cancerología (INC), ocupa el duodécimo lugar en frecuencia entre los tumores, y el segundo en los del tracto digestivo. Entre 1989 y 1993, se diagnosticaron y trataron 480 casos con esta patología.

Los tumores malignos vistos con mayor frecuencia en el esófago, son los carcinomas escamocelulares y el adenocarcinoma primario (2, 3). Otros tumores malignos se pueden originar en el esófago, pero son poco comunes (2, 3).

Durante el período de 1946-1988, en el *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*, se encontraron 51 pacientes con tumores esofágicos malignos que no correspondían ni a carcinomas escamocelulares ni a adenocarcinomas (2).

*Doctores: Ricardo Oliveros Wilches, Cirujano Endoscopista, Jefe del Grupo de Gastroenterología; John Villamizar, Cirujano Endoscopista; Martha López Patóloga, Instructora del Grupo de Patología; Fernando Mejía, Radiólogo, Jefe del Grupo de Radiología; Rosario Albis y Alberto Reyes, Cirujanos Generales, Instructores del Grupo de Gastroenterología y Endoscopia. Instituto Nacional de Cancerología, Santafé de Bogotá, D.C., Colombia.*

Estos tumores poco frecuentes incluyen el melanoma, el carcinoma de células pequeñas y los sarcomas (3). A estos últimos les corresponde el 0.5% de todos los tumores esofágicos malignos en la mayoría de las series (5).

El liposarcoma originado en el esófago es aún más raro, pero se han informado varios casos en la literatura (1, 4, 6). Presentamos 1 caso de un paciente con un liposarcoma del esófago, tratado en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá.

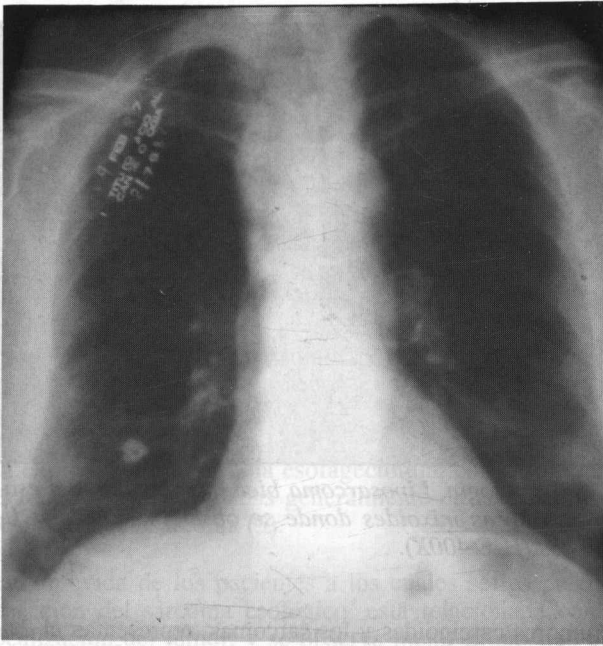
### CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino de 63 años de edad, quien consultó por sintomatología de varios meses de evolución, caracterizada por pirosis, eructos, llenura posprandial y odinofagia. En los últimos 2 meses notó disfagia progresiva y melenas. Antecedentes de ser fumador de 20 cigarrillos al día y bebedor habitual de cerveza. Trae informe de una endoscopia digestiva alta practicada 3 años antes con diagnóstico de hernia hiatal y úlcera pilórica cicatrizada. Al examen físico se encontró un paciente intensamente pálido, con TA de 140/70 mm, pulso de 108/min, estado general aparentemente bueno, sin adenopatías supraclaviculares; ventilación pulmonar aceptable; abdomen blando, sin masas ni visceromegalias; al tacto rectal se observa materia fecal melénica.

Exámenes de laboratorio: Hb: 4.8 g/dL; Hto: 16 mm; Fosfatasa alcalina: 43 u; Creatinina: 0.8 mg%; Glicemia 91 mg/dL; Leucocitos, 10.100: N, 64%; L, 35%; E, 1%; VSG, 37 mm/h; Plaquetas, 370.000; Tiempo de protrombina, 14''; Grupo sanguíneo, O+

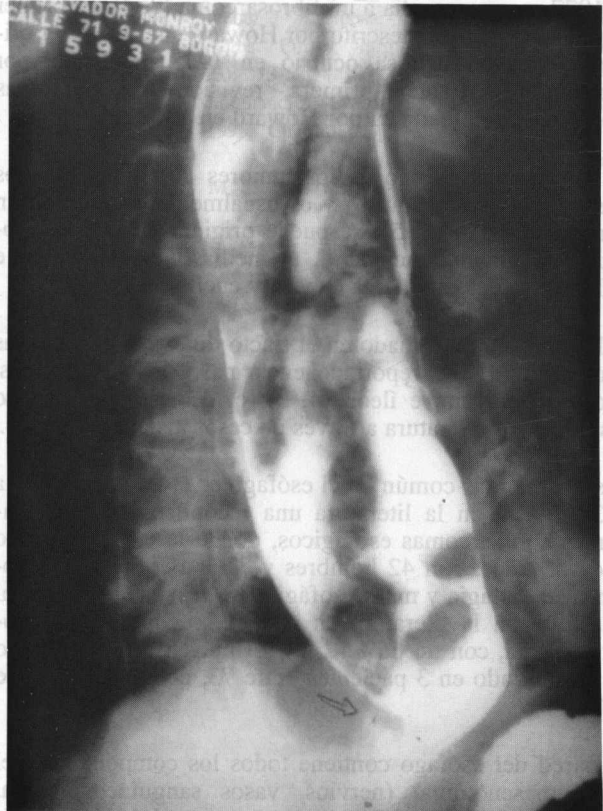
Previo tratamiento y corrección del estado anémico, se le practicó:

- Rx de tórax, en los que se visualizó ensanchamiento mediastinal (Fig. 1).
- Rx. de vías digestivas altas (VDA) que mostraron una dilatación importante del esófago con lesiones intraeso-



**Fig. 1.** Rx de tórax. Se observa ensanchamiento mediastinal.

fágicas radioopacas que sugieren una acalasia y/o lesión tumoral intraesofágica (Fig. 2).



**Fig. 2.** Rx de las VDA. Se aprecia dilatación esofágica con imágenes radiolúcidas intraluminales.

– La endoscopia de las VDA, muestra una mucosa esofágica lisa con imagen de compresión de la cara posterior simulando rechazo y dando imagen de “media luna” en la luz del esófago. A nivel gástrico, en la zona subcardial se observa lesión polipoide de 4 cm de diámetro con huellas de sangrado sobre una superficie blanca amarillenta. El resto del estómago, el píloro y el duodeno, sin alteraciones.

En las diferentes biopsias tomadas a la masa intragástrica, sorprendentemente se encontraban fragmentos de mucosa esofágica, tejido adiposo maduro y componentes de una úlcera lo que impedía realizar un diagnóstico definitivo.

– La TAC toracoabdominal evidenció una masa intraesofágica de hasta 5 cm de diámetro, que se extendía desde el esófago cervical hasta la porción proximal al estómago. Dicha masa tenía densidad homogénea, similar a la del tejido adiposo (Fig. 3).



**Fig. 3.** TAC. Se observa masa intraesofágica de 5 cm de diámetro, con densidad homogénea.

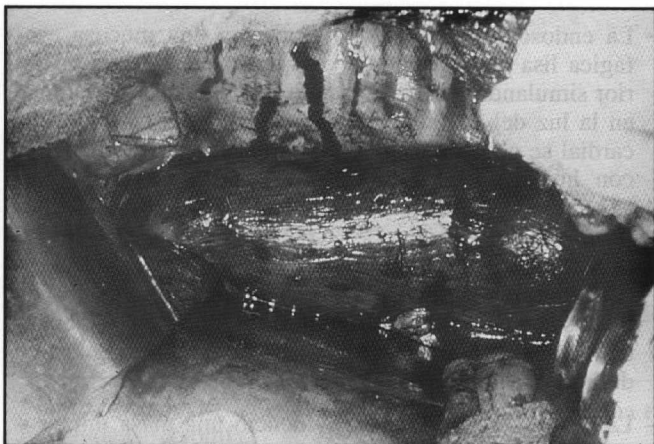
– En el estudio de cabeza y cuello, la laringoscopia indirecta fue normal lo mismo que la hipofaringe y los senos piriformes.

– La broncoscopia, dio resultados igualmente normales.

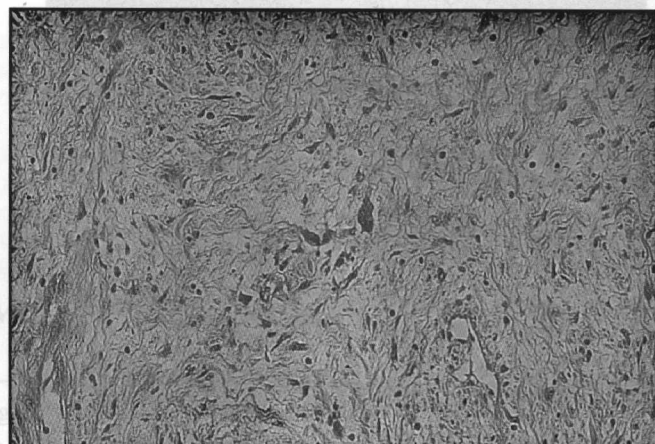
– De la valoración cardiológica se obtuvo riesgo quirúrgico, 2/4; EKG, ritmo sinusal; patrón atípico de bloqueo de rama derecha.

– **Cirugía:** Esofagectomía con ascenso gástrico (Fig. 4).

– **Hallazgos:** Tumor de consistencia blanda, que llena todo el esófago con implantación en la región cervical, con un pedículo de 7 cm y protrusión a la luz gástrica a

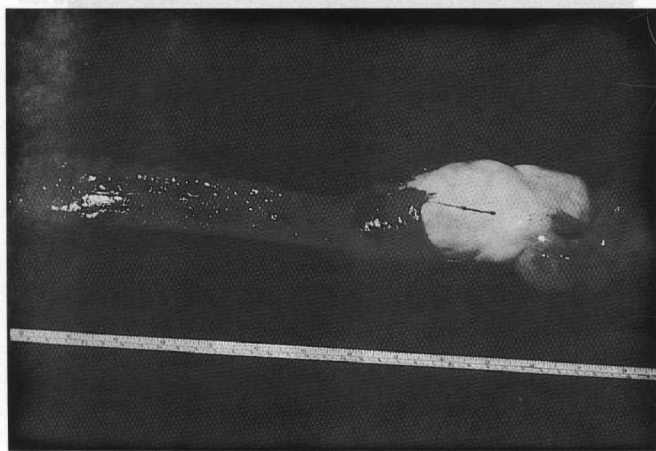


**Fig. 4.** Cirugía. Toracotomía derecha. Se visualiza el esófago dilatado.



**Fig. 6.** Histología. Liposarcoma bien diferenciado del esófago con áreas mixoides donde se observan múltiples lipoblastos (H-E 400X).

través del cardias. Este tumor medía 15 x 6.2 x 3.5 cm. En la parte distal se apreciaba una úlcera de 6 mm de diámetro mayor; externamente era de color blanquecino y al corte, de aspecto adiposo (Fig. 5). Los cortes microscópicos mostraban una neoplasia maligna de tejido adiposo con áreas bien diferenciadas mezcladas con otras mixoides donde se observaba la presencia de lipoblastos. La lesión se encontraba tapizada por epitelio esofágico (Fig. 6).



**Fig. 5.** Pieza quirúrgica. Tumor intraesofágico con implantación en el esófago cervical.

– **Diagnóstico definitivo:** Liposarcoma bien diferenciado con áreas mixoides, polipoide del esófago.

## DISCUSION

La mayoría de los tumores malignos del esófago, corresponden a carcinomas escamocelulares y a adenocarcinomas (2, 3, 5). Sin embargo, otros tumores tales como el melanoma, el carcinoma de células pequeñas, los linfomas,

los tumores carcinoides y los sarcomas, representan el 2% de todos los de carácter maligno (2).

En el Japón, Suzuki y Nagoyo, en 1980, sostuvieron que estos tumores poco frecuentes correspondían al 0.9% de todos los tumores esofágicos (2, 3). Los sarcomas son el 0.5%, en la mayoría de las series (4, 5).

El primer sarcoma esofágico fue informado por Chapman en 1877 y correspondía a un fibrosarcoma (3, 4). El primer leiomiomasarcoma fue descrito por Howard en 1902, y la primera resección exitosa ocurrió en 1945 practicada por Harrington (3). La primera revisión de Sarcomas esofágicos fue efectuada por Howard en 1902 (3).

El liposarcoma es uno de los tumores de tejidos blandos más común en los adultos y es usualmente encontrado en el retroperitoneo (4, 5); se puede originar en la pared torácica, la glándula mamaria, el mediastino, el epiplón e inclusive se describe en la cabeza y cuello (4, 6).

El liposarcoma originado en el tracto digestivo es aún más raro, pero ha sido reportado en la nasofaringe, páncreas, estómago, yeyuno e íleon (4, 5); el del esófago ha sido descrito en la literatura a través de casos aislados (1, 4, 5).

El sarcoma más común en el esófago es el leiomiomasarcoma (1-3). Existe en la literatura una recopilación de 73 pacientes con sarcomas esofágicos, donde la edad promedio es de 55 años, con 42 hombres y 31 mujeres, con predominio de disfagia y masa esofágica (2). En esta revisión, al igual que en la literatura en general, predomina el leiomiomasarcoma, con un 66% (2, 3). El liposarcoma esofágico fue encontrado en 3 pacientes entre 73, correspondiéndole el 4%.

La pared del esófago contiene todos los componentes del tejido mesenquimal (nervios, vasos sanguíneos, grasa, músculo, tejido fibroso) y los sarcomas originados en dicho tejido pueden desarrollarse en el esófago (2). Se cree

que el liposarcoma se origina en células mesenquimales primitivas más que en el tejido adiposo maduro (4).

Mientras que los sarcomas esofágicos pueden llegar a tener grandes tamaños antes del tratamiento, usualmente permanecen localizados y son susceptibles de tratamiento quirúrgico (3).

En la recopilación de los 73 sarcomas esofágicos, el 26% se encontraba localizado en el tercio superior, el 32% en el tercio medio y el 42% en el tercio inferior. En el 50% de los pacientes, se halló un tumor polipoides, igualmente, en el mismo porcentaje la lesión estaba ulcerada, con necrosis y sangrado local (2).

La extirpación amplia y la esofagectomía, con o sin radioterapia, son recomendadas generalmente en el tratamiento de este tipo de sarcoma (5).

La sobrevivencia de los pacientes a los cuales se les practicó resección del sarcoma esofágico, está relacionada con la localización del tumor, y se observa mejor pronóstico con los del esófago superior, comparado con los del tercio medio e inferior (2).

Aunque los sarcomas del esófago son raros, deben estar incluidos en el diagnóstico diferencial del paciente que consulte por disfagia secundaria a una masa esofágica, particularmente si es polipoides.

#### ABSTRACT

*Liposarcoma of the esophagus is a very rare neoplasm, with few cases reported in the literature. We present one new case treated at the National Cancer Institute, Bogotá, Colombia: a 63 year old male admitted because of dysphagia and melenas starting two months previously. Roentgenographic, endoscopic, and CT diagnostic studies revealed an esophageal mass extending from the cervical region to a level just proximal to the stomach. Esophagectomy with esophagogastronomy through three incisions was performed; a large ulcerated mass occupying the entire length of the esophagus was found, apparently originating in the cervical region. Histopathology revealed a well differentiated liposarcoma, with areas of mixed pattern and ulceration.*

#### REFERENCIAS

1. Baca I, Kiempa J, Weber J T: Liposarcoma of the esophagus. Eur J Surg Oncol 1991 Jun; 17 (3): 313-5
2. Burt M: Unusual Malignancies. In: Esophageal Surgery 1995; Chap 38: pp. 629-47
3. Caldwell C, Bains M S, Burt M: Unusual Malignant Neoplasms of the esophagus. J Thorac Cardiovasc Surg 1991; 101: 100-7
4. Cooper G J, Boucher N R, Smith J H, Thorpe J A: Liposarcoma of the esophagus. Ann Thorac Surg 1991 Jun; 51 (6): 1012-3
5. Kamal M A, Fritz R, Jacobs D, Uellius F: Pedunculated liposarcoma of the esophagus: A first case report. J Thorac Cardiovasc Surg 1983 Sep; Vol 86 No. 3
6. Masumori K, Yoshioka M, Tamaka Y: A Case report of esophageal liposarcoma. Nippon Geka Gakkai Zasshi 1991; 92 (7): 885-8