

**LEIOMIOMA DE ESÔFAGO EM PACIENTE IDOSO COM RESSECÇÃO
ENDOSCÓPICA: UM RELATO DE CASO**

**ESOPHAGUS LEIOMYOMA IN AN ELDERLY PATIENT WITH ENDOSCOPIC
RESECTION: A CASE REPORT**

**LEIOMIOMA DE ESOFAGO EN UN PACIENTE ANCIANO CON RESECCIÓN
ENDOSCÓPICA: REPORTE DE UN CASO**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n10-089>

Data de submissão: 09/09/2025

Data de publicação: 09/10/2025

Helen Brambila Jorge Pareja
Mestrado em Ciências da Saúde
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: brambila_hj@hotmail.com

Gabriel Ferreti de Oliveira Ferrari
Graduando de Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: ga.ferrari2@icloud.com

Henrico Rodrigues Tavares Godoy
Graduando de Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: henricog8@hotmail.com

Lívia Nayara dos Santos Cavazini Nonato
Graduando de Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: livianonato@gmail.com

Thainá Loss dos Anjos
Graduando de Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: thainaloss12@gmail.com

Camila de Almeida Moraes
Médica
Instituição: UNITPAC
E-mail: camilaalmeidamoraes@hotmail.com

Augusto Cesar Mariano da Silva
Graduando em Cirurgia Geral
Instituição: Hospital Regional de Presidente Prudente (HRPP), Universidade do Oeste
Paulista (Unoeste)
E-mail: acmsmed@hotmail.com

RESUMO

Apresentação do Caso: Paciente A.M.F., sexo masculino, 79 anos, assintomático. Paciente procurou atendimento para investigação de infecção do trato urinário. Foi realizada tomografia computadorizada de abdome em que foi observada lesão próxima a região esofágica promovendo suspeita de GIST (Tumor Estromal Gastrointestinal). Solicitada endoscopia digestiva alta e Ressonância Magnética de Abdome Superior. Endoscopia apresentava abaulamento mal definido na altura de esôfago distal se estendendo para região de cardia. Ressonância apresentava lesão intramural comprometendo o esôfago distal e cardia gástrica podendo ser considerada hipótese de GIST. Solicitado Ecoendoscopia alta, para a avaliação da lesão peri-esofágica, e punções aspirativas para realização de biópsia. Realizado estudo imuno-histoquímico e comprovado diagnóstico de leiomioma. Paciente foi submetido para ressecção endoscópica do tumor, realizada com sucesso. Paciente evoluiu bem. Discussão: O leiomioma esofágico, embora seja o tumor benigno mais frequente do esôfago, é raro e geralmente assintomático, sendo muitas vezes diagnosticado de forma incidental. Seu principal diagnóstico diferencial é o tumor estromal gastrointestinal (GIST), devido à semelhança nas características radiológicas e endoscópicas. No presente caso, a suspeita inicial de GIST foi descartada após ecoendoscopia com punção aspirativa e estudo imuno-histoquímico, que confirmaram o diagnóstico de leiomioma. A ressecção endoscópica é considerada uma opção segura e eficaz para tumores pequenos e bem delimitados, oferecendo menor morbidade e recuperação mais rápida em comparação às técnicas cirúrgicas tradicionais. Este caso reforça a importância de uma abordagem diagnóstica multimodal para lesões subepiteliais, garantindo tratamento adequado e melhor prognóstico. Comentários Finais: o diagnóstico de leiomioma esofágico é dificultado devido à ausência de sintomas ou à presença de sintomas inespecíficos em alguns pacientes, sendo geralmente detectado de maneira incidental durante exames de rotina. A toracotomia aberta é o tratamento padrão, sendo realizada a enucleação ou a ressecção esofágica, a depender da localização e tamanho do tumor, presença de metástase e grau de invasão da mucosa. Ademais, tratamentos menos invasivos também têm se mostrado eficazes em virtude da redução de complicações pós-operatórias e do tempo de internação hospitalar promovidos por eles. Conclui-se, portanto, que a realização de exames de rotina é essencial para a detecção do tumor e para seu tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: Leiomioma Esofágico. Ressecção Endoscópica. Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST).

ABSTRACT

Case Presentation: Patient A.M.F., a 79-year-old male, asymptomatic, sought care for investigation of a urinary tract infection. A computed tomography scan of the abdomen revealed a lesion near the esophageal region, raising suspicion of GIST (Gastrointestinal Stromal Tumor). Upper gastrointestinal endoscopy and magnetic resonance imaging of the upper abdomen were requested. Endoscopy revealed an ill-defined bulge in the distal esophagus extending to the gastric cardia. MRI revealed an intramural lesion affecting the distal esophagus and gastric cardia, suggesting a GIST. Upper endoscopic ultrasound was requested to evaluate the peri-esophageal lesion and aspiration punctures for biopsy. Immunohistochemical studies confirmed the diagnosis of leiomyoma. The patient underwent successful endoscopic resection of the tumor. The patient progressed well. Discussion: Esophageal leiomyoma, although the most common benign tumor of the esophagus, is rare and usually asymptomatic, often diagnosed incidentally. Its main differential diagnosis is gastrointestinal stromal tumor (GIST), due to the similar radiological and endoscopic characteristics. In the present case, the

initial suspicion of GIST was ruled out after endoscopic ultrasound with fine needle aspiration and immunohistochemical study, which confirmed the diagnosis of leiomyoma. Endoscopic resection is considered a safe and effective option for small, well-defined tumors, offering lower morbidity and faster recovery compared to traditional surgical techniques. This case reinforces the importance of a multimodal diagnostic approach for subepithelial lesions, ensuring appropriate treatment and a better prognosis. Final Comments: The diagnosis of esophageal leiomyoma is difficult due to the absence of symptoms or the presence of nonspecific symptoms in some patients, and it is often detected incidentally during routine examinations. Open thoracotomy is the standard treatment, with enucleation or esophageal resection performed depending on the location and size of the tumor, the presence of metastasis, and the degree of mucosal invasion. Furthermore, less invasive treatments have also proven effective due to their reduction in postoperative complications and hospital stay. Therefore, it can be concluded that routine examinations are essential for tumor detection and surgical treatment.

Keywords: Esophageal Leiomyoma. Endoscopic Resection. Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST).

RESUMEN

Presentación del caso: El paciente A.M.F., varón de 79 años, asintomático, buscó atención para la investigación de una infección del tracto urinario. Una tomografía computarizada del abdomen reveló una lesión cerca de la región esofágica, lo que hizo sospechar un GIST (tumor del estroma gastrointestinal). Se solicitó una endoscopia digestiva alta y una resonancia magnética del abdomen superior. La endoscopia reveló una protuberancia mal definida en el esófago distal que se extendía al cardias gástrico. La resonancia magnética reveló una lesión intramural que afectaba al esófago distal y al cardias gástrico, lo que sugería un GIST. Se solicitó una ecoendoscopia alta para evaluar la lesión periesofágica y punciones de aspiración para biopsia. Los estudios inmunohistoquímicos confirmaron el diagnóstico de leiomioma. El paciente se sometió a una resección endoscópica exitosa del tumor. El paciente evolucionó favorablemente. Discusión: El leiomioma esofágico, aunque es el tumor benigno más común del esófago, es raro y generalmente asintomático, y a menudo se diagnostica incidentalmente. Su principal diagnóstico diferencial es el tumor del estroma gastrointestinal (GIST), debido a las características radiológicas y endoscópicas similares. En el presente caso, la sospecha inicial de GIST se descartó tras la ecoendoscopia con aspiración con aguja fina y estudio inmunohistoquímico, que confirmó el diagnóstico de leiomioma. La resección endoscópica se considera una opción segura y eficaz para tumores pequeños y bien definidos, ofreciendo menor morbilidad y una recuperación más rápida en comparación con las técnicas quirúrgicas tradicionales. Este caso refuerza la importancia de un enfoque diagnóstico multimodal para las lesiones subepiteliales, asegurando un tratamiento adecuado y un mejor pronóstico. Comentarios finales: El diagnóstico del leiomioma esofágico es difícil debido a la ausencia de síntomas o la presencia de síntomas inespecíficos en algunos pacientes, y a menudo se detecta incidentalmente durante las exploraciones de rutina. La toracotomía abierta es el tratamiento estándar, con enucleación o resección esofágica según la localización y el tamaño del tumor, la presencia de metástasis y el grado de invasión de la mucosa. Además, los tratamientos menos invasivos también han demostrado ser eficaces gracias a la reducción de las complicaciones postoperatorias y la estancia hospitalaria. Por lo tanto, se puede concluir que las exploraciones rutinarias son esenciales para la detección del tumor y el tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Leiomioma Esofágico. Resección Endoscópica. Tumor del Estroma Gastrointestinal (GIST).

1 INTRODUÇÃO

Os tumores benignos do esôfago são raros e representam uma fração mínima das neoplasias que acometem esse órgão, sendo amplamente superados em frequência pelos tumores malignos [1]. Entre os benignos, o leiomioma se destaca como o mais prevalente, correspondendo a cerca de dois terços dos casos e a menos de 1% de todas as neoplasias esofágicas [1,2]. Por essa razão, sua incidência estimada é considerada baixa, em torno de 1 caso para cada 100.000 habitantes [1]. O leiomioma é um tumor mesenquimal benigno, originado das células musculares lisas da camada muscular do esôfago [2]. As localizações mais comuns são o terço inferior, acometido em aproximadamente 56% dos casos, seguido pelo segmento médio (33%) e pelo terço superior (11%) [1]. Em 97% dos casos, o crescimento é intramural, ou seja, restrito à parede do órgão; a forma polipóide, mais rara, ocorre em apenas 3% dos casos [1].

A distribuição por sexo mostra maior acometimento entre homens, com uma razão de aproximadamente 2:1 em relação às mulheres [2]. A faixa etária mais frequentemente afetada situa-se entre a terceira e a quinta décadas de vida, embora o leiomioma também possa surgir em pacientes idosos [1,2]. Na maioria das vezes, os tumores são diagnosticados com menos de 5 cm de diâmetro; porém, há relatos de leiomiomas gigantes, que ultrapassam os 10 cm [2]. Até o momento, não há associação conhecida com fatores de risco clássicos, como tabagismo, etilismo crônico ou doença do refluxo gastroesofágico, frequentemente implicados nas neoplasias malignas do esôfago [1,2]. A maior parte dos casos ocorre de forma esporádica, embora existam relatos, ainda que incomuns, de casos múltiplos em pacientes com síndromes genéticas raras que afetam o tecido muscular liso [2].

O leiomioma de esôfago apresenta-se como um tumor isolado ou múltiplo. Esse tumor cresce lentamente e possui capacidade reduzida de tornar-se maligno. Histopatologicamente, apresenta-se como uma lesão constituída por células musculares lisas de formato fusiforme, citoplasma amplo e núcleo de formato rombóide e alongado. Essas células se dispõem de forma a cruzarem-se em diferentes ângulos. Ademais, essa lesão é bem delimitada por tecido adjacente ou por uma cápsula de tecido conjuntivo [2].

Muitos pacientes com leiomioma de esôfago não apresentam sintomas, porém, em alguns pacientes essa condição pode levar a dor na região retroesternal, dificuldade de deglutição de alimentos e regurgitação, queimação e emagrecimento. Contudo, esses sintomas não são considerados específicos para a condição. Em casos de leiomiomas maiores que 10cm de diâmetro pode ocorrer obstrução do esôfago, perda de função da cárdia estomacal, bem como sintomas relacionados ao sistema respiratório caso o tumor seja capaz de comprimir estruturas desse trato. [5]. Raramente, ainda, pode ocorrer perfuração nos casos de leiomiomas gigantes, principalmente [6].

O diagnóstico dos tumores de músculo liso, incluindo os esofágicos geralmente são difíceis, tendo em vista a raridade da ocorrência dos mesmos, aliada a ausência de sintomas definidores claros e identificáveis (3). Dessa forma, a descoberta de um leiomioma geralmente é fruto de achado incidental durante investigações de rotina (2).

O diagnóstico é comumente confirmado através de exames como radiografia de trato gastrointestinal superior e endoscopia. O exame de radiografia é realizado por meio de contraste durante a deglutição com bário, que apresentam normalmente tumor intramural, com defeitos de preenchimento com forma côncava e lisa subjacente a uma mucosa íntegra (2,3). Em vista lateralizada é possível observar aspecto de prateleira ou degrau, com ângulo abrupto na junção do tumor com a mucosa normal (2,3). A endoscopia pode ser utilizada para visualizar local, extensão e integridade da mucosa (2), em que é identificado inchaço intraluminal se projetando para o lúmen do esôfago com cobertura de mucosa íntegra (2). Também pode ser utilizada tomografia computadorizada, embora que menos usualmente que a radiografia padrão. Na TC pode ser visualizada massa intramural (submucosa) de densidade uniforme na parede do esôfago, e margens claras (2,3). Biópsias geralmente são contra indicadas devido à alta incidência de falsos-negativos e risco de perfuração esofagiana (4). Atualmente, também se utiliza a ultrassonografia endoscópica como ferramenta essencial para diagnóstico, sendo considerado essencial para a verificar a natureza intramural do tumor (2).

O tratamento cirúrgico é o tratamento de escolha para esses tumores esofágicos, sendo realizada por meio de toracotomia aberta (2). Assim, é realizada enucleação ou ressecção esofágica. A escolha entre esses dois procedimentos irá depender da localização e tamanho do tumor, presença de metástase e grau de invasão da mucosa (3), sendo a ressecção indicada em tumores grandes ou que envolvam longos segmentos do esôfago. Tumores do terço médio podem ser abordados por via torácica direita, e do terço distal por via torácica esquerda (3). Abordagens minimamente invasivas toracoscópicas têm ganhado aceitação, principalmente devido à menor tempo de internação e complicações pós-operatórias, sendo também considerada ótima opção de tratamento (2).

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 79 anos, obeso, portador de HAS e dislipidemia, etilista social e nega tabagismo, assintomático, encontrava-se em investigação de infecção do trato urinário quando, incidentalmente, uma tomografia computadorizada de abdome, para avaliação de uma possível pielonefrite, evidenciou lesão próxima à região esofágica, com hipótese diagnóstica inicial de tumor estromal gastrointestinal (GIST). A partir desse achado, foi solicitada endoscopia digestiva alta, que mostrou abaulamento mal definido em esôfago distal, estendendo-se até a região da cárda, além de

sinais sugestivos de gastrite atrófica e hérnia hiatal por deslizamento, apresentava também H. Pylori ativo (figura 1). Na sequência, ressonância magnética de abdome superior demonstrou lesão intramural comprometendo esôfago distal e cárdia gástrica, reforçando a suspeita de GIST.

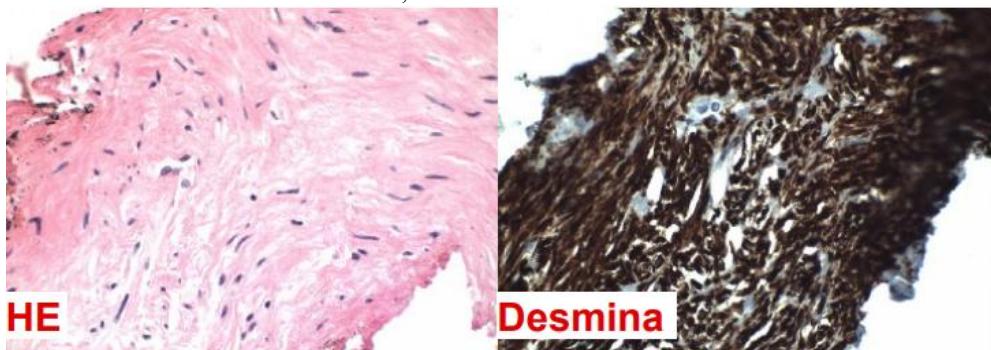
Para melhor avaliação, realizou-se ecoendoscopia alta, que identificou lesão heterogênea, predominantemente hipoeocoica, medindo cerca de 55 x 30 mm, com áreas hiperecoicas sugestivas de calcificação e focos anecôicos compatíveis com necrose, provavelmente originada da camada muscular própria do esôfago distal. Durante o exame foram realizadas punções ecoguiadas com agulha de 22Ga, obtendo-se material adequado para análise citológica. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) demonstrou fragmentos de tecido com células fusiformes, sem atipias, e estudo imuno-histoquímico revelou positividade para actina de músculo liso e desmina, além de negatividade para CD117, estabelecendo o diagnóstico definitivo de leiomioma (figura 4).

Figura 1. Endoscopia digestiva alta evidenciando abaulamento subepitelial no esôfago distal, estendendo-se até a região da cárdia.



Fonte: acervo pessoal do autor, 2025.

Figura 2. Estudo imuno-histoquímico com positividade para actina de músculo liso e desmina, e negatividade para CD117, confirmando leiomioma.



Fonte: acervo pessoal do autor, 2025.

O paciente foi submetido à ressecção endoscópica da lesão, com procedimento realizado com sucesso e boa evolução clínica no seguimento.

3 DISCUSSÃO

A apresentação deste caso ilustra uma rara ocorrência de diagnóstico e possui alguns pontos importantes a serem considerados, sendo um deles a idade de ocorrência desse tumor esofágico, visto que a maior prevalência se dá entre os 20 a 59 anos(8) e o paciente possui 79 anos. Outro fator importante é a própria raridade diagnóstica do quadro, sendo caracterizado por achado incidental, principalmente por na maioria das vezes não cursar com sintomas, assim como no presente caso (8).

Tendo em vista esse diagnóstico inicial desafiador, pode ocorrer confusão com outros quadros, tendo como reflexo disso a suspeita inicial de GIST do paciente, e por conta disso o uso de exames de imagem tem grande valia para guiar o diagnóstico de tumores esofágicos. Assim, a conduta tomada foi a solicitação de endoscopia e ressonância magnética de abdome superior, que auxiliou na identificação e suspeita de leiomioma esofágico. Apesar da utilidade dos exames de imagem, o diagnóstico não pode ser baseado apenas neles, visto que outras condições clínicas podem apresentar achados semelhantes, como fibroma, lipoma, pólipo fibrovascular, e até mesmo carcinomas.

Dessa forma, o diagnóstico definitivo deve ser confirmado por análise histopatológica do tecido realizada através de biópsia. Porém, em contrapartida dessa necessidade, se possível deve-se evitar a realização de biópsias principalmente devido ao risco de perfuração esofágica. No presente caso, apesar desse risco, a biópsia foi realizada através de ecoendoscopia, que identificou limites de 55 x 30 mm, com áreas hiperecoicas sugestivas de calcificação e focos anecóicos compatíveis com necrose, seguida de punção do tecido com confirmação de diagnóstico de leiomioma por análise histopatológica.

Optou-se por abordagem cirúrgica, principalmente devido ao tamanho da lesão, realizada através de ressecção endoscópica, preservando o máximo possível das estruturas de sustentação da cárda, e integridade da mucosa, e também devido ao menor tempo de recuperação e baixo risco de complicações pós operatórias como refluxo gastroesofágico.

4 CONCLUSÃO

O caso relatado evidencia a dificuldade do diagnóstico de leiomioma esofágico devido a sua raridade, à ausência de sintomas ou à presença de sintomas inespecíficos em alguns pacientes, sendo geralmente detectado de maneira accidental durante exames de rotina. Ademais, ainda que o paciente não esteja dentro da faixa etária mais acometida por esse tumor, é imperativo a realização de um diagnóstico diferencial diante de lesões esofágicas, tendo em vista a semelhança dos achados de imagem referentes ao leiomioma esofágico com outras condições clínicas, como GIST. Para a confirmação do diagnóstico, a análise histopatológica pode ser utilizada, contudo é contraindicada devido ao risco de perfuração esofágica. Ressalta-se, ainda, o tratamento baseado na ressecção endoscópica como um procedimento eficaz e com boa evolução clínica. Portanto, o diagnóstico diferencial é essencial para proporcionar uma abordagem terapêutica precisa e eficaz aos pacientes.

REFERÊNCIAS

PINHEIRO, F. A. S. et al. Tratamento videoendoscópico do leiomioma de esôfago. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), São Paulo, v. 26, n. 3, p. 234–237, jul. 2013.

Mathew G, Osuken A, Carter YM. Leiomioma esofágico. [Atualizado em 26 de setembro de 2022]. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): Publicação StatPearls; 2025 janeiro-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459298/>

Hatch, III, G. F., Wertheimer-Hatch, L., Hatch, K. F., Davis, G. B., Blanchard, D. K., Foster, R. S., & Skandalakis, J. E. (2000). Tumors of the Esophagus. World Journal of Surgery, 24(4), 401–411. doi:10.1007/s002689910065

PINHEIRO, F. A. S. et al.. Tratamento videoendoscópico do leiomioma de esôfago. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), v. 26, n. 3, p. 234–237, jul. 2013.

VAILLANT, T.A.L; SUAREZ, L.Q. Leiomioma gigante del esófago. Presentación de un caso. Medisur, Cienfuegos , v. 18, n. 4, p. 712-720, agosto 2020. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000400712&lng=es&nrm=iso>.

MORALES, J. M.R; REYES, K.S. Leiomioma esofágico perforado. Manejo en un Hospital de Tercer Nivel. Cir. gen, Ciudad de México , v. 45, n. 2, p. 111-115, jun. 2023 . Disponivel em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992023000200111&lng=es&nrm=iso>. <https://doi.org/10.35366/111513>.

Luh SP, Hou SM, Fang CC, Chen CY. Video-thoracoscopic enucleation of esophageal leiomyoma. World J Surg Oncol. 2012;10:52. <http://doi.org/10.1186/1477-7819-10-52>.

TANNURI, Uenis; FEFERBAUN, Rubens; BORGES DA COSTA, Ricardo. Leiomioma de terço inferior do esôfago na criança: relato de caso e revisão da literatura. Jornal de Pediatria, São Paulo, v. 70, n. 6, p. 365-370, nov./dez. 1994. DOI: 10.2223/JPED.682. Disponível em: <https://www.jped.com.br/en-leiomioma-terco-inferior-do-esofago-articulo-X2255553694028530>.

Pereira FB, Leão B, Leli LF, Lima MPL. Leiomioma de esôfago com características epidemiológicas anormais: relato de caso / Esophagus leiomyoma with abnormal epidemiological characteristics: case report. Rev Med (São Paulo). 2018 maio-jun.;97(3):00-00.

AZEVEDO, J. L. Leiomioma do esôfago removido por videolaparoscopia. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 177-179, maio/jun. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/Sx93x7SfzR4ZnqcgthfB65n/?format=pdf&lang=pt>.