

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA**

LEIOMIOMA DO ESÔFAGO

**AUTORES: JOSÉ ENERON DA SILVA TELLES *
GEAN CARLO DA ROCHA ***

*** INTERNOS DO DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA**

ORIENTADOR: Prof. Armando José d'Acampora

***Aos nossos pais, Valter e Maria Rocha
e Edmundo e Eva Telles, com carinho e
gratidão.***

***Às nossas esposas, Andréia Rocha e
Jaqueline Telles, pela dedicação e in-
centivo.***

Nossos agradecimentos:

Ao Prof. Dr. Armando José d'Acampora pela orientação e amizade, sem o qual não seria possível a realização deste trabalho.

Aos funcionários do Serviço de Anatomopatologia e Arquivos Médicos dos Hospitais de Caridade, Universitário e Governador Celso Ramos pelo auxílio.

Aos funcionários do Laboratório de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da UFSC.

À Sra. Eleonora Abreu, funcionária da Divisão de Revisão de Acordos do T.R.T., pela dedicação e paciência com que revisou o texto.

A todos aqueles que nos apoiaram e incentivaram em todos os momentos de nossa caminhada.

ÍNDICE.

RESUMO	06
INTRODUÇÃO	07
METODOLOGIA	08
DADOS DA LITERATURA	09
APRESENTAÇÃO DOS CASOS	13
DISCUSSÃO	14
CONCLUSÕES	16
SUMMARY	17
REFERÊNCIAS	18

RESUMO

São relatados 3 casos de leiomioma do esôfago, submetidos a tratamento cirúrgico no Hospital de Caridade de Florianópolis, no período de 1979 a 1992, sendo dois pacientes do sexo masculino e um do sexo feminino com média de idade de 36,6 anos.

A disfagia foi o sintoma relatado em todos os casos.

Um dos pacientes apresentava hérnia hiatal associada.

A localização de 2 dos leiomiomas era o 1/3 médio esofágico e o outro no 1/3 superior.

A drenagem pleural por contra abertura com dreno em selo d'água foi realizada em todos os casos.

Não houve complicações pós-operatórias ou óbitos nesta amostra.

1. INTRODUÇÃO

Os tumores benignos do esôfago são considerados uma entidade nosológica rara e usualmente são achados ocasionais em necrópsias (1,8,22,25), entretanto, assumem considerável importância devido à sua rara ocorrência e pelo fato de serem totalmente extirpados pelo ato cirúrgico (1,3,5,6,8).

Dentre as neoplasias benignas encontradas no esôfago, surge uma variedade anatomopatológica muito rica (17,22), incluindo adenoma, fibroma, hemangioma, leiomioma, lipoma, mixofibroma, neurofibroma, papiloma e pólipos diversos (1,4,5,10,11,17,18,19,22,25).

A maioria destas lesões podem ser removidas cirurgicamente sem necessidade da abertura da mucosa esofágica e conseqüentemente o índice de morbimortalidade decorrente do tratamento cirúrgico é muito baixo (3).

Dentre as neoplasias benignas do esôfago o leiomioma é o tumor mais frequentemente encontrado (7,5%) (1,2,3,5,6,8,9,12,13,18,19,20,21,22,23,24,25), sendo verificado em outras localizações do tubo digestivo, com a maior incidência no estômago (61,5%), seguido pelo intestino delgado (19%), reto (7%) e duodeno (5%) (10,13,21).

Apesar da sua ocorrência ser pequena, o acúmulo de casos descritos possibilitou uma propedêutica adequada e propostas de tratamento cirúrgico.

A sintomatologia do leiomioma do esôfago é considerada inespecífica, resumida, geralmente, por: disfagia, dor retroesternal e alterações digestivas como dispepsia, náuseas, regurgitação e flatulência (2,8,13,19,21).

O diagnóstico definitivo nem sempre é simples, assim como seu manuseio operatório, daí a importância da propedêutica adequada e exaustiva na tentativa de definir a localização e o tipo histológico da neoplasia (6,24).

Este estudo apresenta 3 casos de leiomioma do esôfago, submetidos a tratamento cirúrgico e confirmados histopatologicamente, com uma revisão bibliográfica sobre o tema.

O objetivo foi verificar a ocorrência do leiomioma do esôfago, submetido a tratamento cirúrgico em nosso meio.

2. METODOLOGIA.

Foi realizada uma revisão nos Serviços de Arquivos Médicos e de Anatomopatologia dos Hospitais de Caridade, Universitário e Governador Celso Ramos, no período compreendido entre 1979 e 1992.

Foram encontrados 5 casos de leiomioma do esôfago, sendo que dois destes casos foram excluídos por não haver confirmação histopatológica.

Os três casos estudados foram submetidos a tratamento cirúrgico no Hospital de Caridade.

Neste estudo foram avaliados dados como: idade, sexo, quadro clínico apresentado, propedêutica utilizada, achado cirúrgico, complicações pós-operatórias e exame anatomopatológico para todos os casos estudados, que foram comparados com a literatura pertinente.

3. DADOS DA LITERATURA

O primeiro relato de tumor benigno do esôfago foi realizado por SUSSIUS em 1559 (2,6,8,23).

Em 1761, MORGAGNI (23) descreveu leiomioma no tubo digestivo e em 1797, MUNRO (20,21,23) relata pela primeira vez o leiomioma do esôfago.

Em 1867, VIRCHOW (2,23) descreveu o aspecto anatomopatológico do leiomioma.

Em 1933, OSHAWA (15) publica no Japão o primeiro caso de um leiomioma do esôfago tratado por enucleação simples.

Dados de necrópsia confirmam a raridade deste tipo de lesão. PLACHTA (18) encontrou um total de 49 leiomiomas do esôfago em uma série consecutiva de 19982 necrópsias num período de 50 anos.

POSTLETHWAIT (19) relata a ocorrência de 51 leiomiomas do esôfago em secções histológicas do órgão após 1000 necrópsias não selecionadas.

SCHAFER & KITTLE (22) identificaram 11 leiomiomas do esôfago após 6001 necrópsias.

SEREMETIS et al (23) em artigo clássico publicado na revista CANCER em 1976, observou que em 180222 necrópsias realizadas por vários autores foram identificados 161 leiomiomas do esôfago, ou seja na razão de ocorrência de 1 leiomioma para cada 1119,4 necrópsias realizadas.

A incidência do leiomioma do esôfago foi estimada por LORTAT-JACOB (14) em 0,4% dos tumores esofágicos.

SEREMETIS et al (23) constatou que o leiomioma representa aproximadamente 67% dos tumores benignos do esôfago.

POSTLETHWAIT (19) estimou um percentual de 80% de leiomioma em relação a outros tumores e cistos benignos do esôfago.

A taxa de ocorrência em homens e mulheres é de aproximadamente 2:1 e a faixa etária dos pacientes varia de 12 a 80 anos com idade média em torno de 44 anos (19,20,23).

A localização mais frequente é o 1/3 inferior do esôfago (56% dos casos). O 1/3 médio é o segundo em frequência (33%), enquanto o 1/3 superior está envolvido em apenas 11% (19,21,23).

O leiomioma do esôfago apresenta um crescimento intramural em 97% dos casos, polipóide em 1% e extra-esofágico em 2% (6,19,21,23).

O tamanho do tumor é variável, estando a maioria na faixa de 2 a 8 cm de diâmetro, mas tumores de grandes dimensões têm sido relatados (7,8,19,23).

Em 97% dos casos são tumores únicos, porém em aproximadamente 3% dos casos podem ser múltiplos (23). Geralmente são lesões multilobulares, ainda que seu contorno seja regular (8). O típico leiomioma tem consistência firme, forma arredondada, amarelado ou branco-acinzentado à secção. Todos são capsulados (23).

O aspecto microscópico do leiomioma do esôfago é igual a qualquer outro leiomioma encontrado no organismo. Feixes de fibras musculares lisas com traves fibrosas intercaladas são observados (8,23). Degeneração cística e calcificação do tumor têm sido relatadas (8,19,23). Raramente a transformação maligna deste tumor pode ocorrer (8,11,19,23).

O leiomioma do esôfago é frequentemente assintomático e são achados eventuais em necrópsias ou em estudos radiológicos. Foi estimado que pelo menos a metade dos pacientes com leiomioma do esôfago são assintomáticos. Os sintomas, quando presentes, são inespecíficos e de longa duração (13,19,21).

SEREMETIS (23), em sua revisão da literatura, encontrou como sintomas mais comuns a disfagia (47,5% dos casos), dor (45%), pirose (40%) e perda de peso (24%), sintomas estes que tiveram uma evolução com mais de cinco anos de duração em 30% dos casos, pesquisando 838 pacientes.

A disfagia, em contradição com o carcinoma, é lentamente progressiva, primeiro para líquidos e sólidos nesta ordem (2,19,20,21,22,23).

A dor pode estar localizada na região retroesternal ou epigástrica, variando de uma leve sensação de mal-estar à intensa dor tipo preensão (2,8,20,23,25). A pirose está mais relacionada com a presença de hérnia de hiato esofágica concomitante (2,23).

A perda de peso tem sido relacionada a uma alimentação inadequada determinada pela disfagia persistente (20,23).

Outros sintomas incluem anorexia, astenia e outras queixas gastrointestinais inespecíficas. Sangramento é ocorrência rara e geralmente representa ulceração da mucosa esofágica (8,19,20,21,23,25).

Quando o tumor atinge tamanho considerável, sintomas como tosse, dispnéia e infecção respiratória de repetição podem ocorrer, devido à compressão de vias aéreas principais (8,19,21,25).

A esofagografia contrastada é o melhor procedimento diagnóstico para o leiomioma do esôfago e também para as possíveis lesões concomitantes (20,21,23), com uma sensibilidade em torno de 90%. O Rx simples de tórax pode revelar um alargamento do mediastino ou uma massa de maior densidade projetada no mesmo (8,25). Ao exame contrastado aparece uma falha de enchimento lisa, semilunar e de bordos nítidos no contorno da luz esofágica. Pode ocorrer dilatação proximal e retardo na passagem do contraste (2,4,6,8,19,20,21,23,24). A esofagoscopia é importante para avaliar a integridade da mucosa e sua mobilidade. Geralmente a mucosa apresenta-se intacta e lisa, recobrimdo uma massa que se projeta para a luz esofágica (2,8,19,20,21,23,24,25).

A biópsia da lesão, através de uma mucosa intacta é contra-indicada, pois pode resultar em ulceração ou reação inflamatória e pode interferir na posterior intervenção cirúrgica (8,19,20,23,24).

A ultrassonografia endoscópica pode ser útil para uma precisa delimitação da lesão e a tomografia computadorizada mostra uma massa de densidade muscular, bem delimitada, com tendência não infiltrativa (21,25).

A broncoscopia é útil para excluir lesões brônquicas capazes de produzir compressão extrínseca do esôfago (8).

Lesões como hérnia hiatal, divertículo e carcinoma esofágicos são incomuns, mas tem relatos (8,21,23).

A que mais comumente acontece é a hérnia hiatal com uma taxa estimada em 1:24 (23). A presença de divertículos e leiomioma do esôfago foi descrita em poucos casos. É um achado importante, pois a presença de divertículo pode ocultar o tumor e dificultar o diagnóstico (8,23).

O carcinoma e o leiomioma do esôfago associados são descritos, mas aparentemente não possuem relação (23). GARCIA et al (8) descrevem um caso de leiomioma do esôfago associado a uma policistose hepática e renal.

Em geral o diagnóstico pré-operatório do leiomioma do esôfago não é difícil.

A duração dos sintomas, quando presentes, os achados radiográficos e esofagoscópicos são típicos (23).

O carcinoma do esôfago tem uma evolução rápida, no esofagograma apresenta a mucosa irregular e comprometida; a esofagoscopia geralmente mostra uma lesão intraluminal frequentemente ulcerada (23).

Outras condições que apresentam massas arredondadas com defeito de enchimento do esôfago que podem simular um leiomioma do esôfago e confundidas como tal são: aneurisma de aorta descendente, neurofibroma do mediastino, granuloma do mediastino, carcinoma brônquico, linfoma mediastinal, outros tumores e cistos benignos do esôfago (11,23).

Embora o leiomioma do esôfago seja frequentemente assintomático e de crescimento lento, tende ao crescimento endoluminal, levando a estenose do esôfago, possibilitando sintomatologia futura, indicando a necessidade do tratamento cirúrgico na maioria dos casos, mesmo porque a malignidade só é excluída após exérese (2,8,11,20,21).

O tratamento de escolha para o leiomioma do esôfago é a enucleação extra-mucosa do tumor, seguido de fechamento direto da brecha cirúrgica realizada no plano muscular (2,6,7,8,11,13,19,20,21,23,24,25).

A via de acesso depende da localização do tumor. A toracotomia esquerda é utilizada para tumores de 1/3 inferior e quando a lesão é localizada no 1/3 médio ou superior uma toracotomia direita deverá ser realizada (2,8,19,23,25).

Alguns autores realizam uma laparotomia e abertura diafragmática via abdominal para acesso a lesões situadas no esôfago inferior, principalmente em pacientes portadores de hérnia hiatal, corrigindo simultaneamente a patologia (2,23,25).

A enucleação endoscópica não tem grande aplicação, já que poucos leiomiomas do esôfago possuem pedículo e a remoção de lesões intramurais por via endoscópica apresenta o risco de perfuração da víscera, além da dificuldade apresentada pela presença de sangramento sem a possibilidade de coagulação efetiva (23).

Atualmente a toracoscopia é utilizada para este tipo de tratamento cirúrgico, sendo indicada a toracoscopia direita quando os tumores são localizados nos 1/3 médio e superior e a toracoscopia esquerda para os tumores do 1/3 inferior (16).

A esofagectomia pode ser necessária em alguns casos. Tem como indicações principais os tumores de grande tamanho (maiores que 8 cm), tumores anulares, aqueles

com grande aderência à mucosa, nos casos de leiomiomatose difusa e quando há dano extenso da parede esofágica (2,19,23,25).

A radioresistência destes tumores, contra-indica qualquer ação neste sentido (8).

LANGE et al (13) relata o caso de uma vaporização à laser de um leiomioma do esôfago, num paciente com uma lesão estenosante e graves doenças concomitantes que impediam a realização de uma toracotomia. O tratamento foi bem sucedido, com alívio imediato dos sintomas e sem sinais de recidiva do tumor durante um período de mais de dois anos.

FUJITA et al (7) refere a utilização de um retalho do músculo grande dorsal para corrigir o defeito muscular do esôfago após a ressecção de um leiomioma gigante sem esofagectomia.

Os resultados do tratamento cirúrgico do leiomioma do esôfago são excelentes. Há um restabelecimento da função esofágica e resolução dos sintomas a longo prazo. As complicações pós-operatórias são aquelas inerentes a qualquer toracotomia (2,7,8,13,19,20,21,23,24,25).

A mortalidade pós-operatória é mínima. SEREMETIS (23), não constatou nenhum óbito em sua revisão de 838 casos.

POSTLETHWAIT (19), relata uma mortalidade de 1,8% após 304 enucleações de leiomioma de esôfago e de 10,5% após 38 esofagectomias.

Em relação à recorrência da doença, há apenas 1 caso relatado na literatura de recidiva de leiomioma do esôfago (21).

4. APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Três pacientes com leiomioma do esôfago, confirmados com estudo histopatológico, foram encontrados no período estudado de 1979 a 1992.

Dois casos eram de pacientes do sexo masculino e uma paciente do sexo feminino. A faixa etária variou entre 33 e 39 anos, com uma idade média de 36,6 anos.

Quanto à localização, encontramos dois tumores no 1/3 médio esofágico e um tumor no 1/3 superior. Em todos os pacientes os tumores eram únicos, intramurais e variaram de 1,6 a 5,4 cm de diâmetro (1,6; 3,0; e 5,4 cm no maior diâmetro).

Os sintomas apresentados incluíam disfagia como sintoma principal em todos os pacientes. Um destes apresentava dor retroesternal, pirose, náuseas e regurgitação associadas e apresentou à endoscopia uma hérnia hiatal concomitante. A paciente do sexo feminino apresentava dispnéia.

Todos os pacientes foram submetidos a exame radiológico, utilizando-se o raio x contrastado do esôfago onde foi constatada a lesão.

A endoscopia digestiva alta foi realizada na totalidade dos pacientes, cuja visualização mostrou mucosa intacta, projetada para dentro da luz esofágica (abaulada). A biópsia da massa aparente à endoscopia, não foi realizada em nenhum dos pacientes.

Os três pacientes tiveram como via de acesso uma toracotomia direita com enucleação extra-mucosa do tumor, e drenagem torácica em selo d'água, à direita dos mesmos, por contra abertura. Em um paciente foi realizada a ressecção do 7º. arco costal direito para facilitar o acesso à neoplasia.

Em todos os pacientes foi realizado estudo anatomopatológico confirmando o tipo histológico do tumor (leiomioma), cuja descrição macroscópica foi de " formações nodulares apresentando superfície de corte brancacenta e fasciculada e a microscopia revelou feixes de fibras musculares lisas entremeadas por tecido fibroso ".

O pós-operatório ocorreu sem complicações e não houve óbito nestes pacientes estudados.

5. DISCUSSÃO

O leiomioma do esôfago é um tumor extremamente incomum na prática clínica, embora seja o tumor benigno mais comum do esôfago (1,4,5,10,11,17,18,19,22,23,25).

Dos casos estudados, dois pacientes eram do sexo masculino e um do sexo feminino com proporção de 2:1, de acordo com a literatura (19,20,23).

O local onde mais frequentemente foi encontrado o leiomioma do esôfago, segundo a literatura (19,21,23), foi o 1/3 inferior da víscera, embora nos casos estudados dois dos mesmos ocorreram no 1/3 médio e um no 1/3 superior, não tendo ocorrido nenhum paciente com leiomioma de 1/3 inferior, discordando totalmente da literatura consultada.

Todos os pacientes desta série apresentavam leiomiomas esofágicos únicos, o que está de acordo com os dados da literatura, a qual relata que os mesmos são únicos em 90% dos casos e em 97% seu crescimento é intramural (6,19,21,23).

A disfagia é o sintoma mais comum em todas as séries relatadas na literatura (2,8,13,19,21,23), dado que não foi diferente na série em questão.

SEREMETIS et al (23) constatou que 48% de 838 pacientes por ele estudados e revisados na literatura apresentavam disfagia e 45% relatavam pirose.

A presença de sangramento raramente é relatada (8,19,20,21,23,25).

Na amostra estudada não houve referência deste sintoma.

O diagnóstico definitivo é dado pelo esofagograma contrastado com achado típico de uma falha de enchimento arredondado, com bordas regulares, e pela endoscopia digestiva alta que classicamente mostra uma mucosa intacta e abaulada na luz da víscera (2,4,6,8,19,21,23,25).

PREDA et al (20) relata que a sensibilidade diagnóstica da esofagografia é de aproximadamente 90% e da endoscopia digestiva de 85%.

Todos os pacientes estudados foram submetidos à esofagografia e à endoscopia digestiva, que revelaram uma concordância total com a literatura consultada.

A maioria dos autores contra-indica a realização da biópsia via endoscópica pelo risco existente da perfuração da parede esofágica durante a mesma (8,19,20,23,24), não sendo relatado neste trabalho nenhum procedimento endoscópico com a realização de biópsia, justificado pela possibilidade da perfuração da víscera, o que está de acordo com a literatura.

A doença coexistente com o leiomioma do esôfago mais comumente relatada na literatura é a hérnia hiatal (8,21,23), que foi encontrada em um dos pacientes estudados neste trabalho, num percentual de 33,3%, associada a náuseas, regurgitação e dor retroesternal.

O tratamento de escolha é cirúrgico, com a enucleação extra-mucosa do leiomioma com via de acesso de acordo com a localização do mesmo na víscera (2,6,7,8,11,13,19,20,21,23,24,25). Nesta amostra, todos os pacientes foram submetidos a

tratamento cirúrgico, com a enucleação extra-mucosa da neoplasia, utilizando como via de acesso uma toracotomia direita.

Como na literatura (2,7,8,19,20,23,24,25), os pacientes estudados no pós-operatório, evoluíram sem qualquer complicação e não foi verificado nenhum óbito.

5. CONCLUSÕES

- 1. O leiomioma de esôfago é uma patologia rara.**
- 2. O esofagograma fez o diagnóstico em 100% dos casos.**
- 3. A disfagia é o sintoma mais importante neste tipo de neoplasia.**
- 4. O leiomioma do esôfago é uma patologia de tratamento exclusivamente cirúrgico.**

SUMMARY

The authors report three cases of leiomyoma of the esophagus, surgically treated in the Hospital de Caridade of Florianópolis, in the period of 1979 to 1992. There were two men and one woman, with average age being 36,6 years.

Dysphagia was the most common symptom in all cases.

One patient presented hiatal hernia associated.

The location of tumor was the middle third of the esophagus in two cases and the upper third in one case.

There was no surgical mortality or morbidity in this series.

6. REFERÊNCIAS

1. ADAMS, R.; HOOVER, W.B. - Benign tumors of the esophagus: Report of three cases. *The Journal of Thoracic Surgery*, 14: 279 - 286, 1945.
2. AGUIRRE, I.J.; GONZÁLEZ, E.M.; SELAS, P.R.; MARTÍNEZ, J.B.; GONZÁLEZ, J.S.; SANZ, R.G.; SEGMOLA, C.L.; FRANJO, P.D. - Tratamiento quirúrgico de los leiomiomas esofágicos: Aportación de nueve casos y revision de la literatura. *Revista Espanhola de Enfermidades Digestivas*, 79(3): 173 -175, 1991.
3. BOYD, D.P.; HILL, L.D. - Benign tumors and cysts of the esophagus: *The American Journal of Surgery*, 93: 252 - 258, 1957.
4. BRADFORD, M.L.; MAHON, H.W.; GROW, J.B. - Mediastinal cysts and tumors: *Surgery Gynecology and Obstetrics*, 85(4): 467 - 491, 1947.
5. CALMENSON, M.; CLAGETT, O.T. - Surgical removal of leiomyomas of the esophagus: *American Journal of Surgery*. 72(5): 745 - 747, 1946.
6. FLAVELL, G. - Leiomyoma of the esophagus: *The British Journal of Surgery*. 41: 238 - 240, 1953.
7. FUJITA, H.; YOSHIMURA, Y.; YAMANA, H.; SHIRANZU, G.; MINAMI, T.; NEGATO, Y.; IRIE, H.; SHIMA, I.; MACHI, J.; KAKEGAWA, T. - A latissimus dorsi muscle flap used for repair of the esophagus after enucleation of a giant leiomyoma: A case report. *The Japanese Journal of Surgery*, 18(4): 460 - 464, 1988.
8. GARCIA, J.L.S.; LOPEZ-RIOS, F.; VELASCO, J.M.; POLO, S.R.; SAEZ, E.S. - Leiomioma esofágico: *Rev. Esp. Enf. Ap. Digest.*, 36(6): 631 - 654, 1972.
9. GILFILLAN, R.R. - Esophageal leiomyoma. *Canadian Journal of Surgery*, 9: 173 - 176, 1966.
10. GOLDEN, T.; STOUT, A.P. - Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract and retroperitoneal tissues. *Surgery Gynecology & Obstetrics*, 73: 784 - 810, 1941.

11. GOLDMAN, A.; MASTERS, H. - Leiomyoma of the esophagus. Archives of Surgery, 60: 559-574, 1950.
12. GRUENBERGER, E.A.; PYPER, A. - A case of leiomyoma of the esophagus. Acta Oto-laryng., 5: 26-29, 1923.
13. LANGE, V.; WENK, H.; SCHILDBERG, F.W. - Laser vaporization of leiomyoma of the esophagus. Lasers in Surgery and Medicine, 9: 74 - 76, 1989.
14. LORTAT-JACOB, L.J. - Myomatoses localisées et myomatoses diffusés de l'oesophage. Arch. Mal. Appar. Dig., 39: 510, 1950.
15. MOURAD, J.D.; RIBEIRO NETO, A.; PINHO, P.R.A. - Cirurgia vídeo-toracoscópica do esôfago. Cirurgia Vídeo-endoscópica, Editora Revinter, 1ª. edição , pg. 179 - 187, Rio de Janeiro, 1993.
16. OSHAWA, T. - Surgery of the esophagus. Arch. Jap. Chlr., 10: 605 - 608, 1933.
17. PATTERSON, E.J. - Benign neoplasms of the esophagus. Pennsylvania M.J., 36: 244 - 246, 1933.
18. PLACHTA, A. - Benign tumors of the esophagus. The American Journal of Gastroenterology, 38(6): 639 - 652, 1962.
19. POSTLETHWAIT, R.W. - Benign and cysts of the esophagus. Surgical Clinica of North America, 63(4): 925 - 931, 1983.
20. PREDI, F.; ALLOISIO, M.; LEQUAGLIE, C.; ONGANI, M.; ROVANI, G. Leiomyoma of the esophagus. Tumori, 72: 503 - 506, 1986.
21. RENDINA, E.A.; VENUTA, F.; PESCARMONA, E.O.; FACCILOLO, F.; FRANCIONI, F.; DI TOLLA, R.; RICCI, C. - Leiomyoma of the esophagus. Scandinavian Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 24(1) : 79 - 82, 1990.
22. SCHAFER, D.W.; KITTLE, C.F. - Esophageal leiomyoma. Report of a successful resection. The Journal of the American Medical Association, 133: 1202 - 1205, 1947.
23. SEREMETIS, M.G.; LYONS, W.S.; GUZMAN, V.C.; PEABODY, J.W. - Leiomyomata of the esophagus. An analysis of 838 cases. Cancer, 38(5): 2166 - 2177, 1976.

24. SOLOMON, M.P.: ROSENBLUM, H.: RORATO, F.E. - Leiomyoma of the esophagus. *Ann. Surg.*, 199(2): 246-248, 1984.
25. ZANNINI, P.; NEGRI, G.; VOCI, C.; BAISI, A.; MARUOTTI, R.A.; ROVIARO, G.C.; PEZZUOLI, G. - I tumori benigni dell'esofago. *Minerva Chirurgica*, 44(1-2): 141 - 146, 1989.

TCC
UFSC
CC
0315

N.Cham. TCC UFSC CC 0315
Autor: Telles, José Enero
Título: Leiomioma do esôfago..



972813006

Ac. 253137

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM