

REPORTE DE CASOS CLINICOS

Pólipo Fibrovascular Gigante de Esófago

Fernando Palacios,* Carlos Contardo,* Jorge Guevara,* Augusto Vera,* Luis Aguilar,** Manuel Huamán,** Américo Palomino,*** Alejandro Yabar.***

RESUMEN

Los pólipos fibrovasculares son neoplasias benignas muy raras del esófago, que generalmente se originan en el área subcricoidea. No producen molestias por largo tiempo, pudiendo el paciente debutar con regurgitación del pólipo y asfixia, o más frecuentemente con disfagia. Presentamos el caso de un varón de 58 años de edad, con historia de disfagia, pérdida de peso y melena intermitente de 9 meses de evolución. La radiografía con bario mostró el esófago distendido, con un tumor que se extendía desde el esfínter esofágico superior al cardias. La endoscopia confirmó la presencia de un tumor pediculado, con área de implantación en el esófago cervical. Los cirujanos sospecharon de potencialidad maligna del tumor, por lo que efectuaron una esofagectomía transhiatal. El diagnóstico patológico final fue de pólipo esofágico fibrovascular gigante.

PALABRAS CLAVE: pólipo fibrovascular, pólipo esofágico.

SUMMARY

Fibrovascular polyps are extremely rare benign neoplasias of the esophagus, which usually originate in the lower cricoid area. They do not produce any discomfort in the patient for a long time, however it may make itself evident by the patient's regurgitation of the polyp, producing asphyxia or, more frequently, dysphagia. The case of a 58 year old male patient is presented herein, with a 9 month record of dysphagia, weight loss and intermittent melena. The barium x-ray showed a distended esophagus, with a tumor running from the upper esophageal sphincter to the cardia. The endoscopy confirmed the presence of a pediculated tumor, implanted in the cervical esophagus. Surgeons suspected the potential malignancy of the tumor and performed a transhiatal esophagectomy. The final pathologic diagnosis was giant fibrovascular esophageal polyp.

KEY WORDS: fibrovascular polyp, esophageal polyp

* Departamento de Enfermedades del Aparato Digestivo

** Departamento de Cirugía

*** Departamento de Anatomía Patológica

Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins" – EsSalud, Lima – Perú.

INTRODUCCIÓN

Los tumores benignos del esófago son poco frecuentes, correspondiendo la mayoría a leiomiomas y lipomas. Los pólipos fibrovasculares del esófago, son tumores pedunculados, generalmente benignos y extraordinariamente raros.¹⁻¹³ Estos tumores son de lento crecimiento, pudiendo el paciente estar asintomático por mucho tiempo; pero cuando producen molestias, estas pueden ser espectaculares y letales, como la regurgitación del tumor a la faringe, con riesgo de asfixia por oclusión laríngea.^{1-4,9,11,12} Por tal motivo, una vez diagnosticados, el tratamiento es la escisión, usualmente quirúrgica.^{1,4,11} Presentamos el caso de un paciente con un gran pólipo fibrovascular esofágico, que cursó con disfagia y episodios de hemorragia digestiva alta, siendo sometido a tratamiento quirúrgico.

REPORTE DEL CASO

Paciente varón de 58 años, referido a nuestro hospital en noviembre del 2002, para estudio por una enfermedad de 9 meses de evolución, caracterizada por disfagia progresiva, odinofagia, melena intermitente, astenia, y pérdida ponderal de 11kg de peso. Al examen de ingreso el paciente lucía adelgazado y pálido, no presentando otros hallazgos positivos.

Los exámenes de laboratorio señalaron: Leucocitos: 9770, hemoglobina: 8.8g/dl, albúmina: 2.4g/dl, globulinas: 3.4g/dl, AST:56, ALT:107. El perfil de coagulación, glucosa, úrea y creatinina, fueron normales.

La radiografía de esófago con bario (fig 1), mostró este órgano distendido, con una gran tumoración en su interior, que producía una imagen por defecto de relleno, de superficie irregular, que se extendía desde el esfínter esofágico superior hasta el cardias.

La tomografía helicoidal (fig 2), demostró el esófago distendido en toda su extensión, con una tumoración en su interior hipodensa; las paredes del esófago no estaban alteradas, y tampoco se evidenciaba alteraciones en el mediastino, ni adenopatías.

La endoscopia digestiva alta (fig 3 y 4), reveló una gran tumoración intraluminal, de superficie lisa, con zonas de aspecto lobular, blanquecino-amarillenta, con un grueso pedículo de implantación a nivel cricofaríngeo; ocupaba el lumen del esófago en toda su extensión hasta el nivel del cardias, donde terminaba con un borde redondeado.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente, y ante la

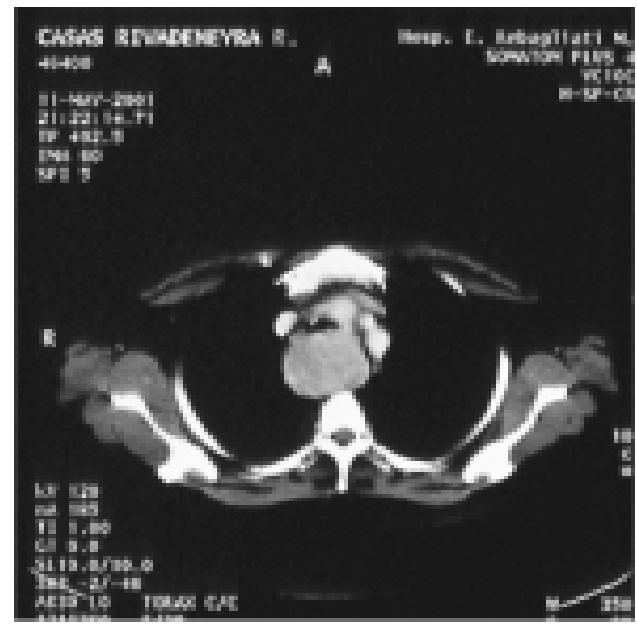


Fig. 3.- En la endoscopia digestiva alta, se observa, a nivel del cricofaríngeo, pedículo grueso de implantación de una tumoración intraluminal en el esófago.

Fig. 4.- Tomografía helicoidal de tórax, con ventana mediastinal, muestra tumor de densidad homogénea que ocupa la luz del esófago. Sin alteración extra-esofágica.

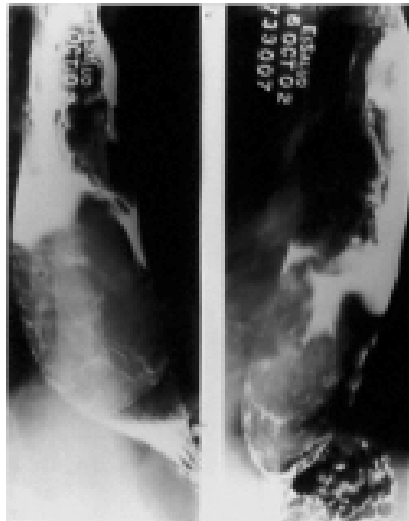


Fig. 4.- Endoscopia digestiva alta, con el endoscopio en retroflexión. Se aprecia el lumen esofágico distal muy dilatado y el extremo caudal de una tumoración polipoide de superficie lobular, blanquecina - amarillenta, con un diámetro transverso de unos 5 cm.



sospecha de los cirujanos de que esta tumoración fuera potencialmente maligna, se realizó una esofagectomía tranhiatal con cervicotomía y anastomosis faringo-gástrica cervical.

El estudio macroscópico del espécimen quirúrgico (fig 5 y 6), permitió determinar en el interior del esófago muy dilatado, la presencia de esta gran tumoración polipoidea, de 21cm de largo y 6.5cm de diámetro, de superficie lobular, blanquecina-amarillenta, con una ulceración en una de sus caras y una gruesa base de implantación a nivel esofágico alto.

El examen histológico (fig 7), definió una lesión polipoidea constituida por tejido conectivo y abundante vasculatura, consistente con el diagnóstico de pólipo fibrovascular de esófago.

DISCUSIÓN

Fig. 5.- Especimen quirúrgico cerrado del esófago, producto de una esofagectomía tranhiatal. Se aprecia el esófago dilatado por la tumoración endoluminal, con una configuración a manera de huso.

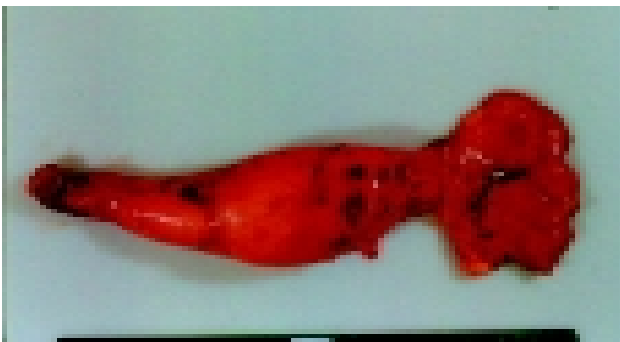


Fig. 6.- Abierto el esófago, se aprecia la lesión tumoral polipoide blanquecina - amarillenta, de superficie irregular, de 21 x 6.5 cm, pedículo grueso de implantación en esófago cervical proximal.

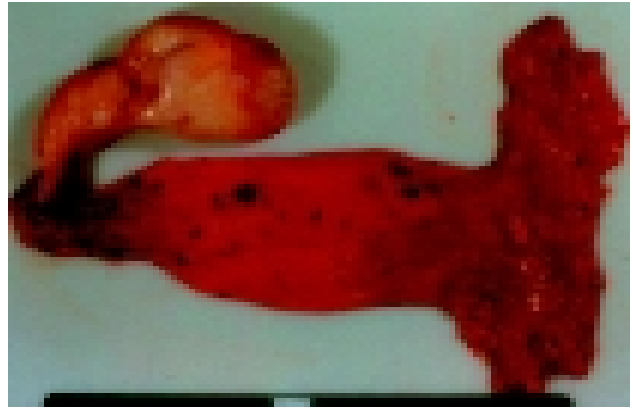
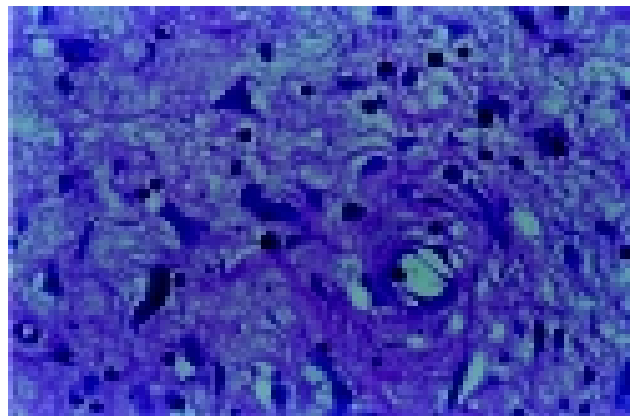


Fig. 7.- Al examen microscópico la tumoración está compuesta por tejido conjuntivo y abundante vasculatura (x40 - HE).



Los pólipos fibrovasculares del esófago son neoplasias benignas extraordinariamente raras, de las cuales existen sólo aislados reportes de casos.¹⁻¹³ Harrington y Moersch describieron sólo dos casos en una serie de 13460 autopsias.¹¹

El curso clínico de estos tumores es muy lento, con un largo periodo en el que el paciente puede estar asintomático,^{2,11} para posteriormente presentar molestias poco características, como dolor torácico no relacionado al esfuerzo, disfagia y pérdida de peso.^{4,11} Se ha descrito también tos, disnea y disfonía por parálisis de cuerdas vocales;¹² asimismo, regurgitación de este tumor a la faringe, con oclusión laríngea consecuente y asfixia, lo cual puede llevar a la muerte del paciente.^{1-3,9}

El diagnóstico es difícil y puede confundirse con acalasia o con tumores mediastinales que causen compresión extrínseca esofágica.⁴ La radiografía de esófago con contraste muestra un gran defecto de relleno en la luz del esófago; sin embargo, dado que en ocasiones la tumoración es muy

grande, puede no delimitarse claramente dentro del lumen esofágico.^{4,5} La endoscopia alta es la herramienta diagnóstica fundamental, que muestra una gran masa polipoidea intraluminal, con mucosa esofágica indemne; la tumoración, por ser pedunculada, puede circundarse con la caña del instrumento.^{4,6,11} La tomografía helicoidal y la resonancia magnética son técnicas auxiliares que aportan poco al diagnóstico,⁴ pero pueden demarcar la lesión en el esófago, determinar su contenido predominante, y descartar la posibilidad de algún origen o compromiso mediastinal.⁸ La ultrasonografía endoscópica se está comenzando a utilizar en el estudio de esta lesión, pues permite delimitar más claramente la zona del pedículo, así como inferir su composición histológica y vascularidad, lo cual tiene gran implicancia en el tratamiento.¹¹

El tratamiento generalmente es quirúrgico, por la gran vascularidad de estos tumores y el riesgo de sangrado. El abordaje depende de la localización del pedículo y tamaño del tumor; como habitualmente el pedículo es subcricoideo y el tumor grande, el abordaje suele ser por una cervicotomía lateral izquierda, la cual puede complementarse con una esofagotomía, para posteriormente efectuar la polipectomía.^{1,4,11} Raramente, el abordaje es por toracotomía. Se han descrito casos aislados de resección esofágica total por la impresión diagnóstica operatoria de una neoplasia maligna esofágica.¹³ Hay algunos reportes de tratamiento no quirúrgico, con resección del tumor con electrocauterio o Nd-YAG láser, con guía endoscópica o laringoscópica.^{4,7,9,12}

El análisis de patología nos muestra pólipos de tamaño variable, pudiendo llegar a medir más de 20cm.^{1,4} La mucosa está indemne, aunque en ocasiones pueden haber pequeñas ulceraciones. Microscópicamente estos tumores están constituidos por tejido fibroso denso y laxo, tejido adiposo y abundante vasculatura.¹¹

El pronóstico de estos tumores una vez resecados es excelente, siendo la recurrencia muy rara.^{4,11}

BIBLIOGRAFÍA

1. MINUTOLO V, RINZIVILLO C, LIDESTRI G, et al. Giant esophageal polyp: a rare and benign neoplasm. *Chir Ital* 1999; 51:313-316
2. GINAI AZ, HALFHIDE BC, DEES J, et al. Giant esophageal polyp: a clinical and radiological entity with variable histology. *Eur Radiol* 1998; 8:264-269
3. COCHET B, HOHL P, SANS M, et al. Asphixia caused by laryngeal impaction of an esophageal polyp. *Arch Otolaryngol* 1980; 106:176-178
4. WELAND G, KNIPPING L, MANGOLD G. Fibrovascular esophageal polyp: diagnosis and therapy. *Chirurg* 2001; 72:847-852
5. PATEL J, KIEFFER RW, MARTIN M, et al. Giant fibrovascular polyp of the esophagus. *Gastroenterology* 1984; 87:953-956
6. ESCUDERO M, CARNEROS JA, GONZALES C, et al. Esophageal fibrovascular polyp: report of 2 cases. *Gastroenterol & Hepatol* 2000; 23:431-432
7. BURDICK JS, SEIDEL R, LINDBERG G, et al. Endoscopic removal of an esophageal fibrovascular polyp. *Endoscopy* 1999; 31:401-404
8. ASCENTI G, RACCHIUSA S, MAZZIOTTI S, et al. Giant fibrovascular polyp of the esophagus: CT and MR findings. *Abdom Imag* 1999; 24:109-110
9. SCHMIED C, ROEDEL H, BERNARDI M, et al. Fibrovascular polyp of the esophagus. *Gastrointest Endosc* 2002; 55:80
10. AVEZZANO EA, FLEISCHER DE, MERIDA MA, et al. Giant fibrovascular polyp of the esophagus. *Am J Gastroenterol* 1990; 85:299-302
11. LAWRENCE SP, LARSEN BR, STACY CC, et al. Echoendosonographic and histologic correlation of a fibrovascular polyp of the esophagus. *Gastrointest Endosc* 1994; 40:81-84
12. ELIASHAR R, SAAH D, SICHEL JY, et al. Fibrovascular polyp of the esophagus. *Otolaryngol, Head & Neck Surg* 1998; 118
13. SCHUHMACHER C, BECKER K, DITTLER HJ, et al. Fibrovascular esophageal polyp as a diagnostic challenge. *Dis Esoph* 2000; 13:324-328