

Pólipo Gigante Fibrovascular del Esófago. Presentación de Caso Único

Giant Fibrovascular Polyp of the Esophagus. A Case Report

Tulio Torres Rodríguez,* Danilo Herrera Cruz,* Edgar Morán Ocaña,* Mario Gálvez González,* Roberto Gordillo,* Rosa M. Del Cid,* Marco A. Peñalongo B,* Héctor Cabrera,* Hesler Morales M*

RESUMEN

Introducción: Dentro de las patologías raras del esófago se encuentran los pólipos fibrovasculares, los cuales son definidos como neoplasias benignas intraluminales de tamaños variables que, de acuerdo a publicaciones de los casos reportados a nivel mundial, llegan a medir hasta 20 centímetros de longitud.

Caso clínico: Presentamos el caso de una joven de 18 años con tercio superior y medio ocupado por masa esofágica. Se realiza exéresis de la masa a través de una toracotomía posterolateral derecha y esofagotomía vertical con cierre esofágico en dos planos más la pleura parietal. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y su alimentación se normalizó. El informe de patología fue de pólipo fibrovascular con dimensiones de 16 x 6 x 4 centímetros.

Conclusión: El curso de estas neoplasias se desarrollará asintomático mientras la masa no haya alcanzado el tamaño necesario para provocar síntomas tales como disfagia progresiva.

Palabras clave: Pólipo fibrovascular, esófago.

Rev Latinoam Cir 2011;1(1):53-58

ABSTRACT

Background: Among the diseases are rare esophageal fibrovascular polyps, which are intraluminal benign tumors of varying sizes, measuring up to 20 inches long, according to publications of the cases reported worldwide.

Case report: We report a 18 year old with esophageal mass occupying the upper and middle third. Is performed excision of the mass through a right posterolateral thoracotomy and oesophagotomy vertical, closed in two planes esophageal parietal pleura. The postoperative course was satisfactory, achieving a normal way to feed. The pathology report was fibrovascular polyp measuring 16 x 6 x 4 inches.

Conclusion: These tumors will remain asymptomatic as long as the mass does not reach the size needed to cause symptoms such as progressive dysphagia.

Key words: Fibrovascular polyp, esophagus.

Rev Latinoam Cir 2011;1(1):53-58

INTRODUCCIÓN

Los pólipos fibrovasculares son tumores benignos intraluminales poco comunes del esófago, están en proporción de 0.5 a 1% en relación a otros tumores y menos del 10% de todos los tumores del esófago resecados, por lo que la experiencia individual del cirujano a menudo es anecdótica.^{1,2} Harrington y Moersch describieron sólo

dos casos en 13,460 autopsias.³ En 1922, Vincent removió quirúrgicamente el primer tumor fibrovascular y para 1957 sólo 6 casos habían sido reportados por la Clínica Mayo.⁴ Los pólipos fibrovasculares se caracterizan por ser masas pediculadas intraluminales cuyo tamaño puede incrementar excesivamente dentro del esófago.⁵ Las lesiones consisten en acúmulos de tejido fibrovascular y tejido adiposo cubiertos con epitelio escamoso normal.⁶ Se presenta un caso de pólipo fibrovascular gigante en una joven de 18 años que fue trasladada al Hospital San Vicente en Guatemala con el diagnóstico inicial de masa mediastinal anterior y superior con dimensiones de 16 x 6 x 4 centímetros durante la resección.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 18 años de edad, soltera, estudiante, consignada de un Hospital Departamental

*Departamento de Cirugía Torácica y General del Hospital San Vicente y del Hospital San Juan de Dios, Guatemala.

Correspondencia:

Dr. Tulio Torres Rodríguez
6 avenida, 7-66 zona 10. Edificio Condominio Médico, oficina C-2,
Guatemala. Teléfono y Fax: (502)23612611
E-mail: stuliotr@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/revlatcir>

con sospecha de masa mediastinal superior y anterior. No refiere antecedentes médicos, quirúrgicos, alérgicos ni familiares de importancia. Expone dificultad para ingerir alimentos sólidos ya que al intentar deglutirlos aparece la sensación de que se quedan trabados en medio de su pecho; así mismo, su padecimiento se acompaña de pérdida de peso, en ocasiones fiebre no cuantificada por termómetro y mal estado general. En el informe de la radiografía de tórax tomada en el Hospital Departamental (*Figura 1*) se muestra ensanchamiento mediastinal, a descartar proceso linfoproliferativo mediastinal. Posteriormente, solicitan TAC de tórax (*Figura 2*) que reporta imagen nodular originada a nivel del mediastino superior y extendiéndose hacia mediastino posterior. Presenta lesión sólida con componentes quísticos, dimensión de 5.7 x 3.2 x 14.4 cm y densidad promedio de 23 a 64 unidades Hounsfield. La lesión comprime y desplaza grandes vasos, tráquea y esófago. Es necesario considerar linfoma, teratoma o tiroides intratorácica.

En el examen físico de ingreso a nuestro hospital realizado a la paciente se le observa delgada, en mal estado general y nutricional. Peso de 75 lbs. y talla de 1.54 mt. A nivel del cuello se ausculta estridor leve, sin adenopatías palpables. Ausencia de deformidades en la pared torácica. Pulmones con leve hipoventilación basal bilateral y sibilancias ocasionales. Resto del examen físico sin datos de relevancia. La espirometría, reporta FEV1: 0.60 lts, (24%) y FVC: 0.82 lts, (28%), PEF 38 (8%), FEV1% 73 (83%) FEV50, 0.62 (16%); FEV75, 0.44 (25%); F2575, 0.52 (15%) que indica obstrucción severa y baja capacidad vital. Laboratorios: Hb

10.2 g/dL, Ht 33.5%, glóbulos blancos 12,500. Recuento de plaquetas 688 $10^3/uL$; glicemia 121 mg/mL, creatinina 0.4 mg/ml, nitrógeno de urea 12 mg/mL, TGO 9 mg/mL, TGP 7 mg/mL, fosfatasa alcalina 391 mg/mL. HIV: Negativo. Se realiza trago de bario en donde se reporta megaesófago con masa ocupativa intraluminal (*Figura 3*). La endoscopia mostró una masa identificable desde los

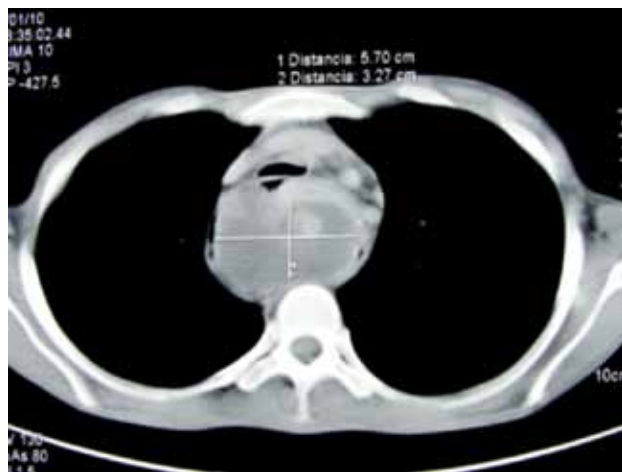


Figura 2. Tomografía axial computada con imagen nodular que se origina a nivel del mediastino superior y se extiende al mediastino posterior.



Figura 1. Telerradiografía posteroanterior de tórax con ensanchamiento mediastinal.



Figura 3. Trago de bario con megaesófago con masa intraluminal.



Figura 4. Tomografía axial computada de cuello (A) con masa amorfa grande predominantemente sólida de la mayor parte del mediastino posterior y que parece originarse de la hipofaringe; y resonancia magnética de cuello con lesión ocupativa con bordes bien definidos que desplaza estructuras vecinas y que sugiere la posibilidad de leiomiomasarcoma.



Figura 5. Imagen toracoscópica que muestra masa en mediastino posterior que ofrece plano de disección hacia el opérculo torácico y que se extiende más allá de la vena ácigos.

2 centímetros del cricofaríngeo con obstrucción del 90% de la luz esofágica, extendiéndose hasta el tercio medio y mucosa totalmente normal. El Departamento de Patología sólo documentó epitelio escamoso maduro normal; sin embargo, al momento de la biopsia, la extracción se efectúa con dificultad porque la pinza se resbalaba sobre la masa. Entonces, se solicita TAC de cuello (*Figura 4A*) que reporta masa amorfa grande predominantemente sólida de la mayor parte del mediastino posterior, parece originarse de la hipofaringe, con bordes bien definidos que desplaza estructuras vecinas y que puede corresponder a leiomiomasarcoma. Por lo tanto, se solicita resonancia magnética nuclear (*Figura 4B*).

Se hace nuevo intento de endoscopia con el objeto de obtener diagnóstico preoperatorio, pero en esta ocasión

se utiliza una aguja de Wang pasada a través de un broncoscopio dado que la longitud de la pinza no logra salir por el endoscopio. El reporte histopatológico tampoco es concluyente y sólo reporta negativo para malignidad. Se realiza biopsia de la masa por vía cervical y, a pesar de tener buen tejido, se reporta únicamente estroma fibroso colapsado.

Con los hallazgos de radiología, endoscopia y toracoscopia se decide programarla a cirugía con los diagnósticos de: 1) Leiomioma esofágico; 2) Pólipo fibrovascular del esófago. Se traslada a la paciente hasta la sala de operaciones para practicarle toracoscopia, en consecuencia se encuentra una masa en mediastino posterior que ofrece plano de disección hacia el opérculo torácico y que se extiende hasta por debajo de la vena ácigos (*Figura 5*).

CIRUGÍA

Se realiza toracotomía posterolateral en posición lateral derecha y bajo anestesia general, intubación endotraqueal selectiva con tubo de Carlens. Se localiza masa elongada, subpleural, paravertebral. Se incide sobre la pleura y después se realiza esofagotomía longitudinal, con previa sección y ligadura de la vena ácigos. Se exterioriza la masa a través de la incisión y se observa el pedículo vascular en su cara posterior, el cual se liga y secciona con doble ligadura. Se hace cierre del esófago en dos planos, uno mucoso y otro musculomucoso con vicryl 000, posteriormente se cierra la pleura parietal. Se deja tubo intercostal número 32 y se cierra cavidad torácica por planos (*Figura 6*).

Se envía la pieza quirúrgica a Patología para su estudio. Descripción microscópica: Espécimen lobulado blanco amarillento semifirme de 16 x 6 x 4 cm, constituido por tejido liso de aspecto ahulado, blanco amarillento lobulado pseudoencapsulado, sin necrosis (*Figura 7*). Diagnóstico: Esófago (Resección de pólipo): Pólipo



Figura 6. Imágenes de la toracotomía posterolateral con masa elongada, subpleural, paravertebral (A); se incide sobre la pleura (B) y se continúa con esofagotomía longitudinal (C).



Figura 7. Pieza quirúrgica (pólipo) resecada (pólipo fibrovascular gigante asociado a lesión de vaina nerviosa).

fibrovascular gigante asociado a lesión de vaina nerviosa periférica.

El postoperatorio se trata con sonda nasogástrica por 3 días y tubo intratorácico por 10 días por presencia de pequeño derrame pleural. La evolución es satisfactoria y se egresa en buenas condiciones generales, previo a control de trago de bario el cual no muestra defecto de llenado ni escape de medio de contraste (*Figura 8*).

DISCUSIÓN

Los tumores benignos del esófago se clasifican en intraluminales, intramurales, submucosos y extraesofágicos. De los intramurales los más frecuentes son los leiomiomas, seguidos de tumores GIST y schwannoma; en tanto que en los intraluminales, los pólipos fibrovasculares son los tumores benignos más frecuentes.² De acuerdo a sus componentes histológicos han sido denominados,

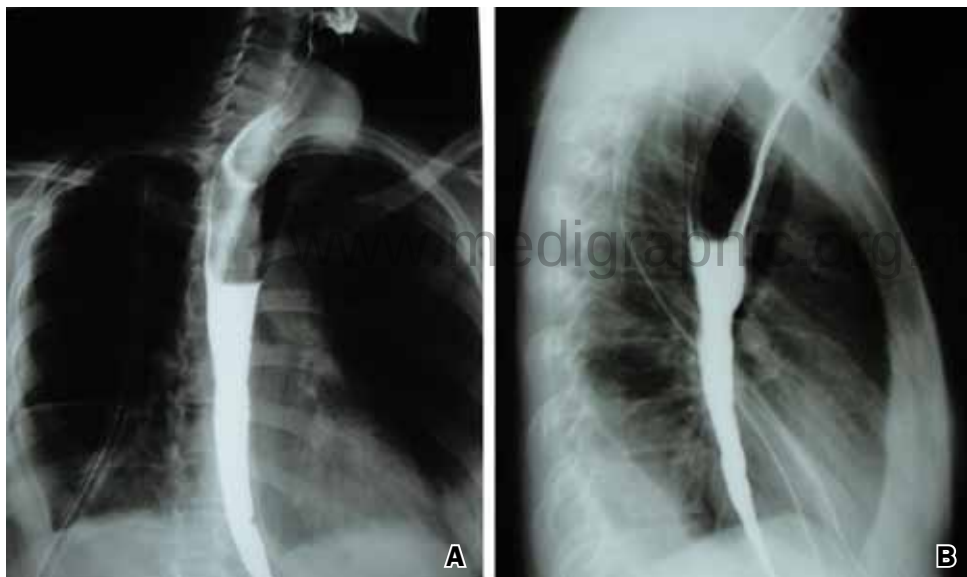


Figura 8. Trago de bario en el postoperatorio que no muestra defecto de llenado ni fuga. Imagen postero-anterior (A) y lateral (B).

lipomas, fibromas, fibrolipomas o pólipos epiteliales. Pero, recientemente han sido agrupados como pólipo fibrovascular del esófago conforme a la clasificación internacional de Tumores por la Organización Mundial de Salud.⁷ Los pólipos fibrovasculares se encuentran en el 85% de los casos en el tercio superior y muy raramente en el tercio inferior, surgen originalmente de la fragilidad de la pared posterior en la unión faringoesofágica, entre los músculos cricofaríngeos superior e inferior (área frágil de Killian) y en el área inferior del músculo cricofaríngeo (triángulo de Lainer).^{2,8-10} Se inician como un tumor polipoide mucoso y con el tiempo crecen y se pediculan debido a la peristalsis del esófago cervical. Predominan en el sexo masculino con una proporción de 3:1 y su pico máximo es entre la sexta y séptima década de la vida.^{11,12} La disfagia progresiva es la queja más frecuente de los pacientes y los síntomas respiratorios le siguen en frecuencia. La ulceración que puede llevar a un sangrado oculto ha sido reportado en varios casos,² otros síntomas incluyen: odinofagia, náuseas, malestar retroesternal, sensación de cuerpo extraño. En muy raras ocasiones se ha reportado muerte súbita por asfixia como consecuencia a prolapso del pólipo en el tracto respiratorio superior.¹³ Los procedimientos diagnósticos habituales son la radiografía de tórax estándar que muestra ensanchamiento mediastinal y tejidos retrotraqueales anormales con desplazamiento ventral de la tráquea.¹⁴ El trago de bario demuestra lesión expansiva submucosa, lobulado de bordes definidos y, en ocasiones, aspecto de salchicha, o bien, defecto de llenado con apariencia gruesa de masa cilíndrica y cuando son muy grandes no puede delimitarse claramente dentro del lumen esofágico.^{2,15,16} El uso de la tomografía helicoidal y la resonancia magnética nuclear son útiles para poder demarcar la lesión en el esófago, determinar su contenido predominantemente y descartar la posibilidad de algún origen o compromiso mediastinal.^{14,17} La endoscopia esofágica es el procedimiento de excelencia tanto para el diagnóstico, como para la planeación del abordaje quirúrgico y terapéutico. La endoscopia puede mostrarnos una gran masa polipoidea intraluminal con mucosa esofágica normal; mediante su aplicación es posible visualizar el punto exacto de origen del pedículo, el cual puede ser grueso y contener vasos de considerable tamaño.^{2,16} Se debe tener demasiado cuidado al retirar el endoscopio porque el tumor puede caer dentro de la faringe y provocar obstrucción laríngea aguda. Dado que en ocasiones no es posible observar el tumor aun cuando su tamaño sea mayúsculo, para obtener más precisión las técnicas habituales de radiología deberán ser las que alerten al médico. Los tumores pueden pasar desapercibidos porque algunas veces están revestidos

de mucosa esofágica intacta y es posible confundirlos con una pared adyacente.¹⁸ La ultrasonografía endoscópica se está comenzando a utilizar en el estudio de esta lesión porque permite delimitar más claramente la zona del pedículo, así como inferir su composición histológica y vascularidad, la cual tiene gran implicancia en el tratamiento.³ El método de resección depende del tamaño del tumor, la localización del pedículo y la vascularidad del mismo. Tumores menores de 2 cm con un pedículo delgado pueden ser removidos por técnica de resección mucosa endoscópica (EMR).² Varios endoscopistas han extraído tumores grandes con éxito; no obstante, puesto que la vascularización es tan nutrida y extensa, otros grupos de cirujanos consideran que se expone mucho al paciente por el medio endoscópico.¹⁹⁻²¹ Tumores mayores de 8 cm o con pedículo grueso o que pueden estar muy vascularizados deben ser removidos por cirugía.² El abordaje depende del sitio de origen del pedículo y del tamaño del tumor. Como habitualmente el pedículo es subcricoideo y el tumor grande, entonces el abordaje suele ser por cervicotomía lateral izquierda, misma que puede completarse con una esofagotomía y después efectuar la polipectomía.^{2,16} Una esofagotomía longitudinal es practicada para exponer mejor el tumor y su pedículo base, el cual es mejor visualizado al exteriorizar la masa a través de la incisión. En seguida, la esofagotomía es cerrada en dos planos, utilizando material absorbible para la capa mucosa y seda para la muscular.² Se han descrito casos aislados de resección esofágica total por la impresión diagnóstica operatoria de una neoplasia maligna esofágica.²² Hay reportes de tratamiento no quirúrgicos con resección del tumor con electrocauterio o Nd-YAG láser, con guía endoscópica o laringoscópica.^{16,23,24} La excisión es curativa y la recurrencia muy rara.²

REFERENCIAS

1. Timmons B, Sedwitz JL, Oller DW. Benign fibrovascular polyp of the esophagus. *South Med J* 1991;84(1):1370-1372.
2. Andrew F, Pierce. Benign Esophageal Tumors. Chapter 39. In: G. Alexander Patterson, Joel D. Cooper et al. *Pearson's Thoracic & Esophageal Surgery*. Third edition, Volume 2 Esophageal. Philadelphia: Churchill Livingstone, Elsevier; 2008:431-438
3. 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.
4. Wolfensberger M, Hauser R, Terracciano L. Fibrovascular polyps of the esophagus. *HNO* 1995;43(7):442-445
5. Steward ET, Dodds WJ. Radiology of the esophagus In: Freeny PC, Stevenson GW, eds. *Margulis and Burhenne's*

- alimentary tract radiology. 5th ed. St Louis: Mosby; 1994:250.
6. Walters NA, Coral A. Fibrovascular polyp of the esophagus: The appearances on computed tomography. *Br J Radiol* 1988;61:641-643.
 7. Watanabe H, Jas JR, Sobin LH. World Health Organization: Histological typing of oesophageal and gastric tumors. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1990.
 8. Cortés AC, Díaz PJC, Navarrete GC, Castillo C, Gallegos M, Silva C. Pólipo Fibrovascular Esofágico. Estudio por imágenes multimodalidad. *Rev Med Chile* 2010;138:742-745
 9. Behar PM, Arena S, Marrangoni AG. Recurrent fibrovascular polyp of the esophagus. *Am J Otolaryngol* 1995;16:209-212.
 10. Barki Y, Elias H, Toui F, Bar-Ziu J. A fibrovascular polyp of the esophagus. *Br J Radiol* 1981;54:142-144.
 11. Owens JJ, Donovan DT, Alford EL, et al. Life threatening presentations of the fibrovascular esophageal and hypopharyngeal polyps. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994;103:838-842.
 12. Borges A, Bikhazi H, Wensel JP. Giant fibrovascular polyp of the oropharynx. *AJNR* 1999;20:1979-1982.
 13. Allen MS Jr, Talbot WH. Sudden death due to regurgitation of a pedunculated esophageal lipoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1967;54:756-758.
 14. Palacios F, Contardo C, Guevara J, Vera A, Aguilar L, Huaman M, Palomino A, Yabar A, "Giant esophageal fibrovascular polyp". *Rev Gastroenterol Peru* 2003;23(3):213-216.
 15. Jang GC, Clouse ME, Fleischner FG. Fibrovascular polyp - a benign intraluminal tumor of the esophagus. *Radiology* 1969;92(6):1196-1200.
 16. Weland G, Knipping L, Mangold G. Fibrovascular esophageal polyp; diagnosis therapy. *Chirurg* 2001;72:847-852.
 17. Ascenti G, Racchiusa S, Mazziotti S et al. Giant fibrovascular polyp of the esophagus: CT and MR findings. *Abdom Imag* 1999;24:109-110.
 18. Withman GJ, Borkoswki GP. Giant fibrovascular polyp of the esophagus: CT and MR findings. *AJR* 1989;152:518-520.
 19. Nuyens MR, Bhatti NI, Flint P. Multiple synchronous fibrovascular polyps of hypopharynx. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 2004;66(6):341-344.
 20. Seshul MJ, Wiatrak BJ, Galliani CA, Odrezin GT. Pharyngeal fibrovascular polip in a child. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998;107(9 Pt 1):797-800.
 21. Siddins M, Cade R. Fibrovascular polip of the oesophagus. *Aust N Z J Surg* 1991;61(3):237-240.
 22. Schuhmacher C, Becker K, Dittler HJ et al. Fibrovascular esophageal polyp as a diagnostic challenge. *Dis Esoph* 2000;13:324-328.
 23. Burdick JS, Seidel R, Lindberg G et al. Endoscopic removal of an esophageal fibrovascular polyp. *Endoscopy* 1999;31:401-404.
 24. Weiand G, Camping L, Mangold G. "Fibrovascular esophageal polyp-diagnosis and therapy". *Chirurg* 2001;72(7):847-852.