Rev ACAD 2014; 30 (2): 50-52

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DEL TUMOR FIBROVASCULAR ESOFÁGICO

Ovejero Gómez VJ, Bermúdez García MV*,*
*Pérez del Molino Castellanos A**,*
Gómez Lorenzo F, Ingelmo Setien A**

* Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.
** Servicio de Medicina Interna.
Hospital Sierrallana de Torrelavega. Cantabria.

RESUMEN

Los pólipos fibrovasculares de esófago son tumoraciones benignas con afectación intraluminal localizadas preferentemente en el tercio proximal del órgano. Su síntoma más frecuente es la disfagia a sólidos después de un largo periodo silente. Su morfología pediculada con epitelio esofágico típico confiere cierta dificultad diagnóstica.

Su confirmación obliga a una escisión total del pólipo, incluso en pacientes asintomáticos, para evitar la mortalidad asociada a impactación glótica o complicaciones de su crecimiento.

La planificación del tratamiento exige la filiación de su localización, tamaño y densidad vascular del pedículo.

La TC y RMN representan los pilares del diagnóstico con vistas a esta planificación.

La endocopia digestiva apoyada en la ultrasonografía presenta un valor diagnóstico relativo pero puede ser útil para evaluar criterios endoscópicos de resección. La imposibilidad de este abordaje deriva en su tratamiento quirúrgico.

Presentamos el caso de una paciente tratada por un pólipo fibrovascular gigante de esófago como justificación para una revisión práctica de sus métodos diagnósticos y vías de abordaje terapéutico.

PALABRAS CLAVE. *Pólipo fibrovascular. Esófago. Disfagia. Diagnóstico. Tratamiento.*

KEY WORDS. *Fibrovascular polyp. Esophagus. Dysphagia. Diagnosis. Treatment.*

CORRESPONDENCIA:
Dr. Víctor J. Ovejero Gómez
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo
Hospital Sierrallana de Torrelavega
Barrio de Ganzo, s/n (39300) Torrelavega. Cantabria
E-mail: vovejerohcas@msn.com

Sr Director:

El pólipo fibrovascular es una lesión submucosa que representa el 1% de las tumoraciones benignas esofágicas [(1)] y la segunda más frecuente después del leiomioma. Tiene un origen mesodérmico con crecimiento a expensas de tejido fibroso y adiposo de vascularización variable, tapizado por un epitelio de revestimiento escamoso.

Presenta predilección masculina (3:1) y su mayor incidencia se encuentra entre la sexta y séptima década de la vida. Su degeneración maligna hacia carcinoma escamoso es poco probable [(2,3)].

Su escasa incidencia exige un alto nivel de sospecha. La dificultad diagnóstica y variabilidad terapéutica motivan una selección de los estudios y tratamientos actuales.

CASO CLÍNICO

Mujer de 46 años, sin antecedentes personales de interés, que refería disfagia no progresiva a sólidos de 4 meses de evolución con odinofagia ocasional, algún episodio de pirosis retroesternal y regurgitación tratados con omeprazol. En el examen físico presentaba buen estado nutricional sin hallazgos patológicos y todos los parámetros analíticos indicaron normalidad.

Una endoscopia digestiva alta visualizó un gran pólipo esofágico de unos dos centímetros de diámetro y diez de longitud que condicionaba una importante estenosis de la luz pero permitía el paso del endoscopio. La biopsia de la lesión se informó de epitelio plano esofágico sin signos de malignidad. Una TC torácica objetivó la tumoración esofágica endoluminal en contacto con la tráquea y extensión infracarinal, sin adenopatías mediastínicas ni alteraciones broncopulmonares.

Se decidió tratamiento quirúrgico, debido a la imposibilidad de resección endoscópica, mediante esofagotomía lateral por vía cervical, encontrando un enorme pólipo de consistencia blanda y elástica que se extendía al esófago torácico desde su base de implantación a nivel cricoideo. Efectuamos su resección y cierre primario de la esofagotomía. El estudio microscópico evidenció un estroma mesenquimal fibrovascular revestido por un epitelio escamoso con áreas ulceradas y diversas estructuras vasculares inmaduras rodeadas de actividad mitótica. El diagnóstico final fue de pólipo fibrovascular gigante de esófago. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones demostrándose integridad del tránsito por esofagograma. La paciente se ha mantenido asintomática y sin evidencia de recurrencia en los cinco años posteriores.

DISCUSIÓN

Estos pólipos son lesiones no epiteliales, generalmente solitarias, cuya localización más frecuente es la hipo-

TABLA I.-

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ESTENOSIS ESOFÁGICA PROXIMAL

INTRALUMINAL (MUCOSA)	PARIETAL (SUBMUCOSA/INTRAMURAL)	EXTRÍNSECA
Cuerpo extraño	Quiste de duplicación	Divertículo
Estenosis caústica/péptica	Tejido tiroideo ectópico	Adenopatía
Tumor benigno: Adenoma	Tumor neurogénico/vascular benigno o maligno	Malformación vascular
Papiloma escamoso	Tumor benigno: Leiomioma	Tumor extradigestivo
Pólipo inflamatorio	Pólipo fibrovascular*	
Acantosis	Hipertrofia muscular idiopática	
Displasia escamosa	Tumor de células granulosas	
Tumor maligno: Carcinoma epidermoide	Fibroma*	
Carcinoma mucopidermoide	Lipoma*	
Carcinoma de célula pequeña	Fibrolipoma*	
Carcinoide	Mixoma*	
Coriocarcinoma	Mixofibroma*	
Carcinoma metástasico	Tumor maligno: Leiomiosarcoma	
	Fibrosarcoma	
	Rabdomiosarcoma	
	Tumor hematopoyético	
	Carcinoma metástasico	

* La clasificación histológica internacional de la OMS agrupa al pólipo fibrovascular, fibroma, lipoma, fibrolipoma, mixoma y mixofibroma bajo el concepto de tumor fibrovascular.

faringe y el esófago proximal sobre zonas de baja resistencia muscular como la dehiscencia de Killian y el triángulo de Laimer. Su crecimiento es lento desarrollando un pedículo largo por la escasa tensión mucosa local y el efecto peristáltico del órgano.

Puede permanecer asintomático mucho tiempo. Su síntoma de presentación suele ser la disfagia y la odinofagia aunque también es posible su regurgitación siendo visualizados en la cavidad bucal, o la obstrucción digestiva. Dicha disfagia y regurgitación han sido relacionadas con alteraciones en la motilidad esofágica y un déficit en su aclaramiento, secundarios al propio crecimiento del pólipo.

Su complicación más grave es la impactación glótica [4] derivando en asfixia con una mortalidad del 30%. La hematemesis o melenas por ulceración mucosa no resultan excepcionales. En su diagnóstico diferencial deben considerarse cuadros obstructivos intraluminales, lesiones parietales y compresiones extrínsecas (**Tabla 1**). Si atendemos a su incidencia debería prestarse una especial consideración al cáncer esofágico, aunque dispongamos de una biopsia negativa para malignidad, y al leiomioma, aunque presente un crecimiento intramural generalmente en esófago medio y pueda ser supernumerario.

Su tratamiento de elección es la escisión completa del pólipo y su base de implantación, como forma de prevenir su recurrencia. La vía de abordaje puede ser transoral, transcervical o transtorácica y el acceso endoscópico o quirúrgico deberá planificarse mediante un estudio de imagen que defina la localización de la base, su tamaño y vascularización [4,5].

La TC y RMN representan los estudios de imagen ideales porque pueden determinar el origen, contenido del pólipo y su relación con tejidos adyacentes [6], lo cual resulta útil en pólipos muy vascularizados por su difícil control endoscópico del sangrado. Resulta característico en la RMN su alta intensidad de señal en T1 cuanto mayor es el contenido adiposo del pólipo [7]. La esofagoscopia podría orientar sobre su localización, tamaño y estado de la superficie mucosa pero las posibilidades de que el pólipo pase desapercibido son altas [8] al estar tapizado de una mucosa normal y fácilmente desplazable por el endoscopio. Su correlación con la ecoendoscopia puede ayudar a establecer el flujo del tallo y contribuir al diagnóstico mediante PAAF [9]. Los estudios bari-

tados pueden mostrar un defecto de replección intraluminal y una dilatación hipertrófica proximal pero suele resultar difícil identificar su base implantación [10]. Su utilidad resulta limitada si no se sospecha un transtorno motor asociado a la disfagia alta.

La vía de abordaje más común y segura es la esofagotomía cervical [11], al permitir un buen acceso hemostático a su base de implantación subcricoidea. Atendiendo a los criterios de tamaño, vascularización y localización, la resección endoscópica está indicada en pólipos alojados en orofaringe o hipofaringe e inferiores a dos centímetros de diámetro con pedículo fino que permita su ligadura, electrocoagulación o ablación con láser, sin excesivo riesgo de sangrado. En los pólipos mayores de ocho centímetros con pedículo muy vascularizado y grueso es obligada la extirpación quirúrgica. El seguimiento protocolizado de estas lesiones no está establecido por la rareza de su recidiva [12].

BIBLIOGRAFÍA

1. *Ginai AZ, Halfhide BC, Dees J, Zondervan PE, Klooswijk AI, Knegt PP. Giant esophageal polyp: a clinical and radiological entity with variable histology. Eur Radiol 1998; 8: 264-9.*
2. *Marcial-Rojas RA. Epidermoid carcinoma in mucosa overlying a pedunculated lipoma of the esophagus. J Thorac Surg 1959; 34: 427–34.*
3. *Drenth J, Wobbes T, Bonenkamp JJ, Nagengast FM. Recurrent esophageal fibrovascular polyps: case history and review of the literature. Dig Dis Sci 2002; 47: 2598-604.*
4. *Parks JS, Bang BW, Shin J, Kwon KS, Kim HG, Shin YW, et al. A case of esophageal fibrovascular polyp that induced asphyxia during sleep. Clin Endosc 2014; 47: 101-3.*
5. *Mishra PK, Goel N, Saluja SS, Durga G, Nag HH, Narag P. Management of giant fibrovascular polyp of esophagus. Am Surg 2012; 78: 538-40.*
6. *Pallabazzer G, Santi S, Biagio S, D'Imporzano S. Difficult polypectomy-giant hypopharyngeal polyp: case report and literature review. World J Gastroenterol 2013; 19: 5936-9.*
7. *Jang KM, Lee KS, Lee SJ, Kim EA, Kim TS, Han D, et al. The spectrum of benign esophageal lesions: imaging findings. Korean J Radiol 2002; 3: 199-210.*
8. *Schuhmacher C, Becker K, Dittler HJ, Höfler H, Siewert JR, Stein HJ. Fibrovascular esophageal polyp as a diagnostic challenge. Dis Esophagus 2000; 13: 324-7.*
9. *Lee SY, Chan WH, Sivanandan R, Lim DT, Wong WK. Recurrent giant fibrovascular polyp of the esophagus. World J Gastroenterol 2009; 15: 3697-700.*
10. *Palanivelu C, Rangarajan M, John SJ, Annapoorni S, Senthilkumar S. A rare cause of intermittent dysphagia: giant fibrovascular polyp of the proximal esophagus. J Coll Physicians Surg Pak 2007; 17: 51-2.*
11. *Vagli P, Solito B, Neri E, Faggioni L, Scandiffio R, Mantarro A, et al. Giant fibrovascular polyp of the esophagus-imaging techniques for proper treatment planning: report of two cases. Abdom Imaging 2012; 37: 512-8.*
12. *Rice TW, Murthy SC. Surgical treatment of benign esophageal diseases. In: Sellke FW, Del Nido PJ, Swanson SJ, eds. Sabiston & Spencer Surgery of the Chest. 7th ed Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005: 583-609.*