



Pólipo Fibrovascular del Esófago

Presentación de 1 caso y Revisión de la Literatura

A. MUÑOZ, MD, SCC, G. RIVERA, MD, SCC.

Palabras claves: Pólipo fibrovascular, Tumor esofágico benigno, Pólipo intraluminal, Molestia retroesternal, Disfagia, Esofagografía baritada, Esofagoscopia, Polipectomía por vía cervical.

Se presenta un caso de pólipo fibrovascular del esófago en un paciente de 28 años de edad, tratado en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá.

Se menciona la clasificación de los tumores benignos del esófago, sus manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos y tratamiento.

Dentro de los principales métodos diagnósticos se mencionan el estudio baritado del esófago y la esofagoscopia. El tratamiento siempre es quirúrgico y, por lo general, la vía de acceso es cervical, ya que el pedículo se origina, prácticamente en todos los casos, en el introito esofágico.

INTRODUCCION

Los tumores benignos del esófago son infrecuentes, mientras que el carcinoma escamocelular es la neoplasia más común en este órgano (1, 2).

En 1559 Sussius hizo la primera descripción, en autopsia, de un tumor polipoide del esófago. En 1763 Monro describió la resección quirúrgica de un pólipo esofágico, con un asa de alambre (2, 3).

Desde entonces se han descrito varios casos de pólipos esofágicos benignos, pero su incidencia exacta no se conoce (1, 2, 3).

La entidad reviste interés por varios motivos: por una parte, por sus peculiares características clínicas, que pueden equivocadamente conducir al diagnóstico de una enfermedad maligna o de una angina. Además, por lo infrecuente y por las dificultades diagnósticas que presenta.

En el esófago, los tumores benignos se clasifican en dos grupos, a saber:

1. Los **Intraluminales**, que se desarrollan a partir de la mucosa o submucosa, formando un grupo heterogéneo de tumores infrecuentes, dentro de los cuales el pólipo fibrovascular es el más común. La mayoría de tumores intraluminales son estructuras polipoides, que en ocasiones alcanzan proporciones gigantes y pueden llegar a amenazar la vida del paciente, por lo que requieren cirugía expedita una vez realizado el diagnóstico (4, 5).

2. Los **Intramurales**, que se originan en las capas externas del esófago, generalmente el músculo liso y, por tanto, extramucosos. En este grupo el leiomioma es el más frecuente, seguido por el neurofibroma. De hecho, los leiomiomas son los tumores esofágicos benignos solitarios más frecuentes. Su presentación en relación al carcinoma se ha calculado entre 1:23, 1:233 y 1:545 (4, 5, 7). Los otros tumores benignos, incluyendo los intraluminales, son tan infrecuentes que no se ha justificado este cálculo.

Los leiomiomas intramurales comúnmente son pequeños y asintomáticos. Aunque anteriormente eran descubiertos en autopsias como una curiosidad incidental, con las facilidades diagnósticas actuales, su diagnóstico en vida se hace cada vez con más frecuencia. Pocas veces requieren de cirugía de urgencia (6-8).

El propósito de este estudio es informar acerca de un caso de un paciente con un pólipo gigante del esófago, y revisar los síntomas, diagnóstico, tratamiento e histopatología de esta rara entidad.

PRESENTACION DE 1 CASO

Paciente de 28 años de edad, sin antecedentes de importancia, quien consultó al Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, por presentar un cuadro clínico de 5 meses de evolución, caracterizado por sensación de cuerpo extraño en la faringe, que regurgitaba a la cavidad oral cuando presentaba náuseas o vómito. Al examen físico se encontró el paciente en buenas condiciones generales, sin masas en el cuello, y el examen de la cavidad orofaríngea y la laringoscopia indirecta, fueron normales. Sin embargo, durante el examen el paciente presentó náuseas con protrusión de una masa hacia la cavidad oral, hasta el nivel de la arcada dentaria (Fig. 1). La masa era alargada, roja y elástica. Se

Doctores: Andrés Muñoz, Instructor de Cirug. General; Guillermo Rivera, Investigador científico, Cirug. General, Instituto Nal. de Cancerología, Bogotá, Colombia.

hizo el diagnóstico de pólipo cricofaríngeo y se solicitó una endoscopia digestiva alta.

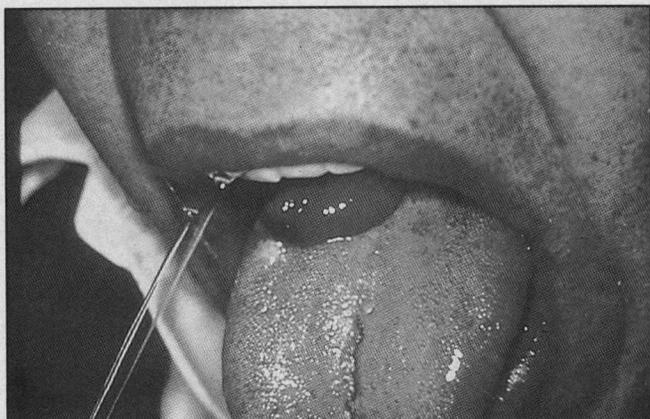


Fig. 1. Pólipo regurgitado hasta la arcada dentaria.

El paciente acudió nuevamente antes de la cita prevista, por presentar dificultad respiratoria intermitente y tos seca. Al examen se observaba la misma masa descrita, no reducible, con signos y síntomas de obstrucción respiratoria alta, que requirió la traqueostomía de urgencia, después de la cual desapareció la dificultad respiratoria, aunque la tos persistió.

La endoscopia mostró una lesión polipoide con mucosa vascularizada, implantada mediante un pedículo largo insertado en el nivel cricofaríngeo (Fig. 2).



Fig. 2. La endoscopia muestra el pedículo del pólipo. El indicador señala la comisura anterior de la laringe.

Otros hallazgos endoscópicos fueron, una hernia hiatal y una gastritis erosiva.

El paciente fue llevado a cirugía, y se le practicó una faringotomía, a través de una vía de acceso cervical lateral derecha, con resección del pólipo (Figs. 3, 4 y 5). Se colocó un dren de Penrose que se retiró al tercer día del posoperatorio, junto con la cánula de traqueostomía (Fig. 6). Al 5º día se inició la vía oral. Su evolución fue satisfactoria. El informe de patología fue: pólipo fibrovascular. Ocho meses después de la cirugía el paciente se encuentra asintomático, sin evidencia clínica de nuevas lesiones.

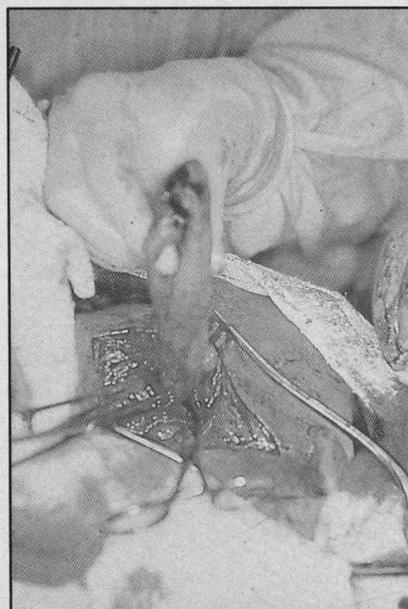


Fig. 3. Vía de acceso al pólipo a través de una cervicotomía izquierda.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Inicialmente, el paciente puede experimentar molestias inespecíficas del tracto digestivo superior, tales como sensación de llenura o peso en nivel faríngeo o retroesternal, con o sin disfagia. Si ésta se presenta, puede ser intermitente o continua. La molestia retroesternal puede inclusive simular una angina (2, 4). A medida que la obstrucción progresa, la disfagia se hace más manifiesta, y se le dificulta al paciente la deglución de sus propias secreciones, con acúmulo de éstas en la faringe y la boca, presentando, además, pérdida de peso (2, 3). Sin embargo, el tumor puede alcanzar gran tamaño sin provocar obstrucción esofágica. Un síntoma espectacular y aterrador para el paciente, es la aparición de una masa carnosa grande en la boca, durante un episodio de náuseas o vómito (2, 4). Ante esta situación, el paciente intenta morderla con el propósito de desprenderla y deshacerse de ella, o bien, volverla a deglutir, empujándola si es necesario. En ocasiones se presenta dificultad respiratoria, la cual se explica por dos mecanismos: compresión de la pared posterior de la tráquea, en



Fig. 4. El pedículo del pólipo es laxo y poco vascularizado.

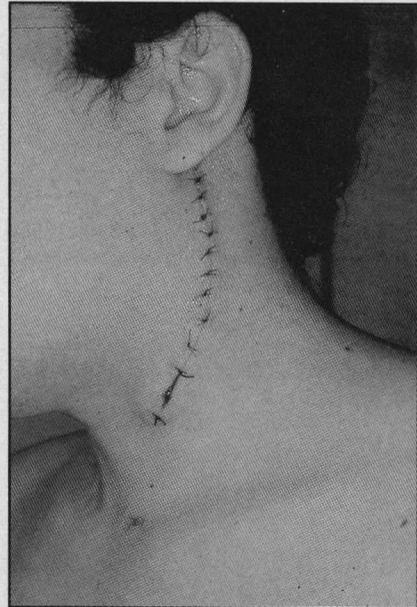


Fig. 6. La evolución posoperatoria fue excelente y la cánula de traqueostomía pudo retirarse precozmente.

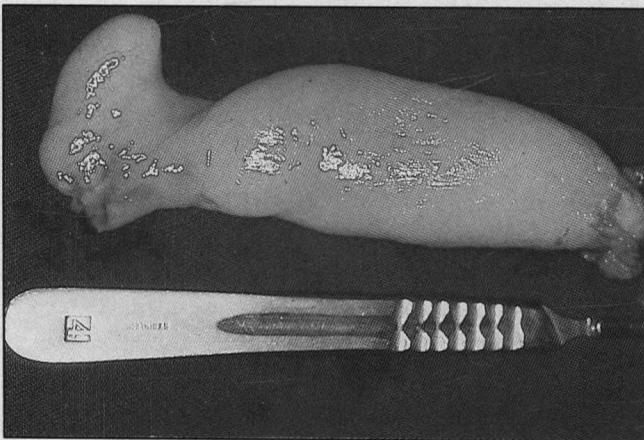


Fig. 5. En la pieza quirúrgica se observa necrosis del extremo distal, por acción del jugo gástrico.

nivel de su porción membranosa, o por impactación parcial o total de la masa en la glotis.

Existen informes de pacientes que han fallecido por medio de este último mecanismo (2, 8). Cuando se presenta regurgitación y paso del contenido esofágico a la laringe, el paciente presenta tos severa y eventualmente puede desarrollar neumonitis posaspiración (2-4).

Con su crecimiento, el pólipo puede alcanzar la unión gastroesofágica, provocando reflujo alimenticio por impactación intermitente en el cardias. En este nivel, el pólipo puede sufrir la acción del ácido gástrico, ulcerarse y sangrar, dando origen a hematemesis y melenas. La ulceración del pólipo o de la pared esofágica adyacente es la causa del dolor que experimenta el paciente (4).

DIAGNOSTICO

La historia clínica, más que aclarar el cuadro puede, en muchas ocasiones, sugerir alteraciones funcionales e inclusive orientar el diagnóstico hacia estados de ansiedad (4).

El examen físico puede ser completamente normal, sin evidencia de desnutrición ni alteraciones nasofaríngeas, o a la laringoscopia indirecta se puede visualizar un acúmulo de secreciones en el seno piriforme o bien, el pedículo del pólipo en su sitio de implantación. Durante el examen el paciente puede presentar náuseas y regurgitación del tumor hacia la boca, permitiendo su inspección parcial y haciendo obvio el diagnóstico si se conoce la entidad (2-4).

Los principales métodos diagnósticos son el estudio baritado del esófago y la esofagoscopia. El diagnóstico correcto de pólipo fibrovascular puede evitar una cirugía esofágica innecesaria. Sin embargo, a pesar del gran tamaño de estos tumores, son frecuentes los diagnósticos incorrectos, tanto radiológicos como endoscópicos (1, 2, 4).

En la placa simple del tórax se puede observar un ensanchamiento del mediastino superior, que se puede confundir con un tumor mediastinal o con un bocio sumergido (4). El trago de bario puede revelar una masa de superficie suave, en ocasiones lobulada (4, 8). La fluoroscopia puede mostrar el movimiento de la masa con la deglución con detención del bario en forma momentánea en el sitio donde se inicia el tumor, para descender luego uniformemente alrededor del mismo (2-4). En ocasiones, sin embargo, el estudio baritado puede sólo mostrar un esófago dilatado e hipertrófico, que conduce al diagnóstico erróneo de acalasia. El paso adecuado del bario a través de la unión cardioesofágica, la ausencia de tortuosidad esofágica y de un

nivel líquido en el esófago dilatado permiten descartar la acalasia (3).

Otro dato diagnóstico es la división de la columna de bario en nivel del sitio de implantación del pólipo, para diferenciarlo, por ejemplo, de un cuerpo extraño en el esófago en un paciente con acalasia.

En la radiografía lateral del tórax se puede visualizar un aplanamiento de la pared posterior de la tráquea, debido a compresión por la masa (3).

Es posible que la esofagoscopia no descubra el pólipo, ya que éste puede ser considerado por el endoscopista como una de las paredes del esófago.

La sospecha por parte del endoscopista debe surgir de la incongruencia entre un esófago radiológicamente dilatado y endoscópicamente estrecho.

Frecuentemente el primer indicio diagnóstico es el reconocimiento del polo inferior del pólipo, con definición de sus límites, al retirar el endoscopio (4, 8).

TRATAMIENTO

Una vez hecho el diagnóstico, el paciente debe ser sometido a cirugía. Pero en los casos en los que éste llega con un cuadro de obstrucción respiratoria alta, debe practicarse una traqueostomía antes de efectuar otro procedimiento diagnóstico o terapéutico (3, 4).

Existe una variedad de informes de procedimientos inadecuados, desde traqueostomías y gastrostomías paliativas sin extirpación del tumor, hasta gastrectomías, toracotomías diagnósticas, e inclusive hay un caso de esofagogastrectomía con interposición de colon, para una masa polipoide con pedículo en el esófago cervical (4).

El factor más importante para elegir la vía de acceso quirúrgico es el nivel de inserción del pedículo y sus características. Cuando se origina por encima del cricoides y el pedículo es angosto y avascular, se puede practicar una resección transoral (4, 10). Cuando el pedículo está muy vascularizado se prefiere la esofagostomía. En vista de que prácticamente todos los pólipos fibrovasculares tienen un pedículo que se origina en el introito esofágico, en el nivel del músculo cricofaríngeo, se prefiere la esofagotomía transcervical (10). La esofagotomía transtorácica tiene más morbilidad y el acceso al pedículo puede ser difícil, lo que requiere esofagotomías extensas. Este acceso debe ser utilizado sólo cuando el sitio de implantación del pedículo se encuentra muy por debajo del músculo cricofaríngeo. La esofagotomía debe practicarse del lado opuesto al sitio de implantación del pedículo, para realizar la extirpación bajo visión directa (3, 4).

PATOLOGIA

Al pólipo fibrovascular se le ha dado diferentes nombres: fibroma, fibrolipoma, mixofibroma, pólipo fibroso inflamatorio, seudotumor inflamatorio y lipoma pedunculado. Está compuesto de cantidades variables de tejido fibrovas-

cular, células adiposas, estroma y ocasionalmente infiltración linfocítica, y está cubierto por epitelio epidermoide, el cual puede ulcerarse secundariamente y sangrar. El elemento fibroso varía de mixoide y escaso a denso, con gruesas fibras colágenas.

La mayoría de pólipos fibrovasculares son solitarios, pero hay informes de casos de pólipos múltiples. Cerca del 85% se localiza en el tercio superior del esófago (1, 4, 5, 8, 9).

PRONOSTICO

El pronóstico de estos tumores benignos es excelente, siempre y cuando reciban tratamiento adecuado; si éste no se realiza, se corre el peligro de que el paciente pueda morir por obstrucción respiratoria, o presentar caquexia severa por obstrucción esofágica (2, 4, 5).

DISCUSION

Los tumores benignos intraluminales que se localizan en el tercio superior del esófago, son pólipos fibrovasculares, generalmente únicos (3-5, 9).

La mayoría de los tumores benignos del esófago son leiomiomas, y sólo un 20% aproximadamente corresponde a pólipos fibrovasculares. Basados en estos cálculos, los pólipos intraluminales gigantes del esófago comprenden menos del 1% de todos los tumores esofágicos (3, 4).

Resulta llamativo que estos pólipos se originen en la misma región donde comúnmente se forman los divertículos del esófago. En este nivel la mucosa es redundante debido a la laxitud del tejido subcutáneo, lo cual permite la movilidad de la mucosa, necesaria para la deglución. Las fuerzas propulsoras desarrolladas por los músculos constrictores medio e inferior se concentran durante la deglución en esta porción estrecha del esófago. Una vez formado un nódulo o repliegue dependiente de la mucosa redundante, las acciones conjuntas del peristaltismo esofágico y la tracción provocada por la misma comida, van forzando el repliegue de la mucosa hacia abajo, dando origen a una estructura polipoide. La distensión que provoca el pólipo sobre la mucosa esofágica, desencadena una contracción muscular persistente, que elonga el pólipo gradualmente. La velocidad de crecimiento depende entonces, principalmente, de la potencia de las fuerzas propulsoras (4, 11).

ABSTRACT

A case of fibrovascular polyp of the esophagus is presented. The patient, a 28 year old man was treated at the Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá.

A classification of benign esophageal tumors is included and their clinical manifestations, diagnostic work up and treatment are described.

Endoscopy and X-ray contrast studies are the most effective diagnostic methods. Surgery is always the treatment of choice, and as the polyp pedicle implants in the esophageal introitus, resection is better performed through cervicotomy.

REFERENCIAS

1. Barky Y, Elias H, Tovi F, Bar-ziv J: A Fibrovascular Polyp of the Esophagus. *Brit J Radiol* 1981; 54: 142-4
2. Jang G C, Clouse M E, Fleischner F: Fibrovascular Polyp Benign Intraluminal Tumor of the Esophagus. *Radiology* 1969; 94: 1196-200
3. Beeler R C, Collins J N, Hall M E: Benign Pedunculated Tumors of the Esophagus. *Am J Radiol* 1948; 466-70
4. Vrabec D P, Colley A T: Giant Intraluminal Polyps of the Esophagus. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1983; 92: 344-8
5. Schmidt A, Lockwood K: Benign Neoplasms of the Esophagus. *Acta Chir Scand* 1967; 133: 640-4
6. Dillow B M, Neis D D, Sellers R D: Leiomioma of the Esophagus. *Am J Surg* 1970; 120: 615-9
7. Weitzner S, Hentel W: Squamous Papilloma of Esophagus. *Am J Gastroenterol* 1962; 38: 639
8. Leand P M, Murray G F, Zuidema G D, Shelley W M: Obstructing Esophageal Polyp with Eosinophilic Infiltration. *Am J Surg* 1968; 116: 93-6
9. Tumors of the Esophagus and Stomach. In: *Atlas of Tumor Pathology*, 2nd series, Fascicle 7. Washington D.C, AFIP, 1973; pp 17-18
10. Schorlemmer G R, Battaglini J W, Murray G F: The Cervical approach to Esophageal Leiomyomas. *Ann Thorac Surg* 1983; 35: 469-71
11. Winship D H, Zboralske F F: The Esophageal Propulsive Force: Esophageal Response to Acute Obstruction. *J Clin Invest* 1967; 46 (9): 1391-401

**IX CONGRESO LATINOAMERICANO
DE CIRUGIA
XV CONGRESO NACIONAL
DE CIRUGIA GENERAL
FELAC**

Ciudad de México, México
Octubre 13 al 19, de 1991

**PREMIO BRAUN
AL MEJOR TRABAJO**
Presentado en el Congreso

TEMA:	Cirugía cardiovascular
JURADO CALIFICADOR:	Dr. Francisco Montbrun Presidente - FELAC Venezuela Dr. Jorge Cervantes Presidente electo - FELAC México Dr. Mario Rueda Secretario Ejecutivo - FELAC Colombia
PREMIO:	15 días en un Hospital de la República Federal Alemana con todos los gastos cubiertos y visita a las instalaciones de B. Braun Melsungen A. G.
INFORMES:	FELAC, Secretaría Ejecutiva Calle 100 No. 14-63 Of. 502 Tels: 257 45 01 y 257 45 60 Bogotá, Colombia Representantes B. BRAUN

