



## POLIPO FIBROVASCULAR BENIGNO DEL ESOFAGO. PRESENTACION DE UN CASO.

Silvana Cuenca\*, Jorge Ugalde\*\*, Raúl Alvarado\*\*\*, Yolanda Vintimilla\*\*\*\*, Marcia Patiño\*\*\*\*\*

\* Residente Patología. Instituto del Cancer . Solca. Cuenca, Ecuador ECUADOR

\*\* Patólogo. Instituto del Cancer. Solca Cuenca. Ecuador ECUADOR

\*\*\* Cirujano oncólogo. Instituto del Cáncer. Solca Cuenca. Ecuador ECUADOR

\*\*\*\* Residente cirugía, Instituto del Cáncer. ECUADOR

\*\*\*\*\* Residente Patología. Instituto del Cáncer ECUADOR

### Resumen

#### RESUMEN:

Los pólipos fibrovasculares del esófago son tumores benignos raros, caracterizados por el desarrollo intraluminal de una masa pedunculada de localización principal en el esófago cervical a nivel cricofaríngeo, no produce molestias por largo tiempo, sin embargo puede ocurrir la regurgitación del pólipo, produciendo asfixia o más frecuentemente disfagia. Presentamos un caso de un paciente de 44 años de edad, con historia de sensación de cuerpo extraño en cuello de un año de evolución. La tomografía reporta un tumor esofágico que se extiende hasta fondo gástrico. La endoscopia confirma la presencia de tumores pedunculados que nacen en el tercio proximal del esófago y llega hasta estómago. Se realiza toracotomía, con esofagostomía y gastrostomía; extirpándose tres pólipos con base única cuyo resultado histopatológico es de pólipo esofágico fibrovascular benigno; con evolución clínica favorable.

### Introduccion

#### INTRODUCCION:

Los pólipos fibrovasculares, llamados también fibrolipomas, fibroma, mixofibroma o pólipo gigante del esófago (1,15), son tumores esofágicos poco frecuentes, constituyen el segundo tumor sólido benigno en orden de frecuencia (11), ya que la mayoría en esta ubicación corresponden a leiomiomas y lipomas (2-10,15). Son responsables del 20% de todas las masas esofágicas. Las formas intraluminales gigantes del esófago representan menos del 1% (9). Su causa se desconoce (14). Usualmente crecen en el tercio proximal (3) y permanecen asintomáticos por largo tiempo. Cuando son sintomáticos, el cuadro clínico puede ser espectacular y en veces letal (2) por obstrucción de la vía aérea (4-16). El diagnóstico puede ser por tomografía computarizada (T.C.) y resonancia magnética (R.M.); cuando se analiza mediastino (5). La endoscopia permite una visualización directa y fácil para su diagnóstico y valoración (6). El tratamiento depende del tamaño del tumor, así, los pólipos menores de 2 cm. pueden ser extirpados por endoscopia (7), sin embargo en la mayoría de los casos se requiere de la escisión quirúrgica (8).

Los tumores esofágicos benignos han sido clasificados como intramural e intraluminal, consistiendo el último en la mayoría de pólipos fibrovasculares, los cuales, sobre una examinación patológica, tienden a revelar un estroma fibroso predominante con componente vascular pequeño y cantidades variables de tejido mixoide y adiposo (16). Dependiendo de la cantidad de estos tejidos, los pólipos han sido descritos como fibromas, fibromixomas, o lipomas del esófago. Levine y colaboradores, consideran que los patrones histológicos no parecen representar entidades de corte claro y desde que todos ellos muestran una presentación clínica común el término "pólipo fibrovascular" debería ser adoptado. A pesar de su gran tamaño y potencial crecimiento la transformación maligna es bastante rara (9).

### Presentación de caso

El caso que a continuación presentamos fue referido a nuestro Instituto por presentar el siguiente cuadro clínico:

Paciente de sexo masculino, de 44 años de edad, referido a nuestro Instituto en febrero del 2004, por presentar sensación de cuerpo extraño en cuello de un año de evolución, acompañándose desde hace 6 meses de disfagia para sólidos que progresa a líquidos, regurgitación ocasional, pérdida de peso, disfonía, melenas por tres ocasiones en poca cantidad. Al examen físico engrosamiento difuso de cuello. Tórax con hipoventilación basal, abdomen doloroso a la palpación en epigastrio, no se palpan masas. Tacto rectal: sangre digerida, no hay sangrado activo

Los exámenes de laboratorio indican: anemia e hipoproteinemia.

El esofagograma indica lesión ocupativa de aspecto lobulada, que produce dilatación esofágica en sentido transversal. Dicha lesión tiene extensión hacia el fondo gástrico (**Fig.1**).

La TAC reporta masa de tercio inferior de esófago, lobulada, de bordes regulares y contornos lisos extraluminales que obstruyen el esófago distal con dilatación preestenótica y prolongación de la masa hacia la pared anterior del estómago (**Fig.2, Fig.3**).

La endoscopia digestiva alta reveló una gran tumoración gástrica intraluminal, pediculada que proviene de esófago (**Fig.4 y Fig.5**).

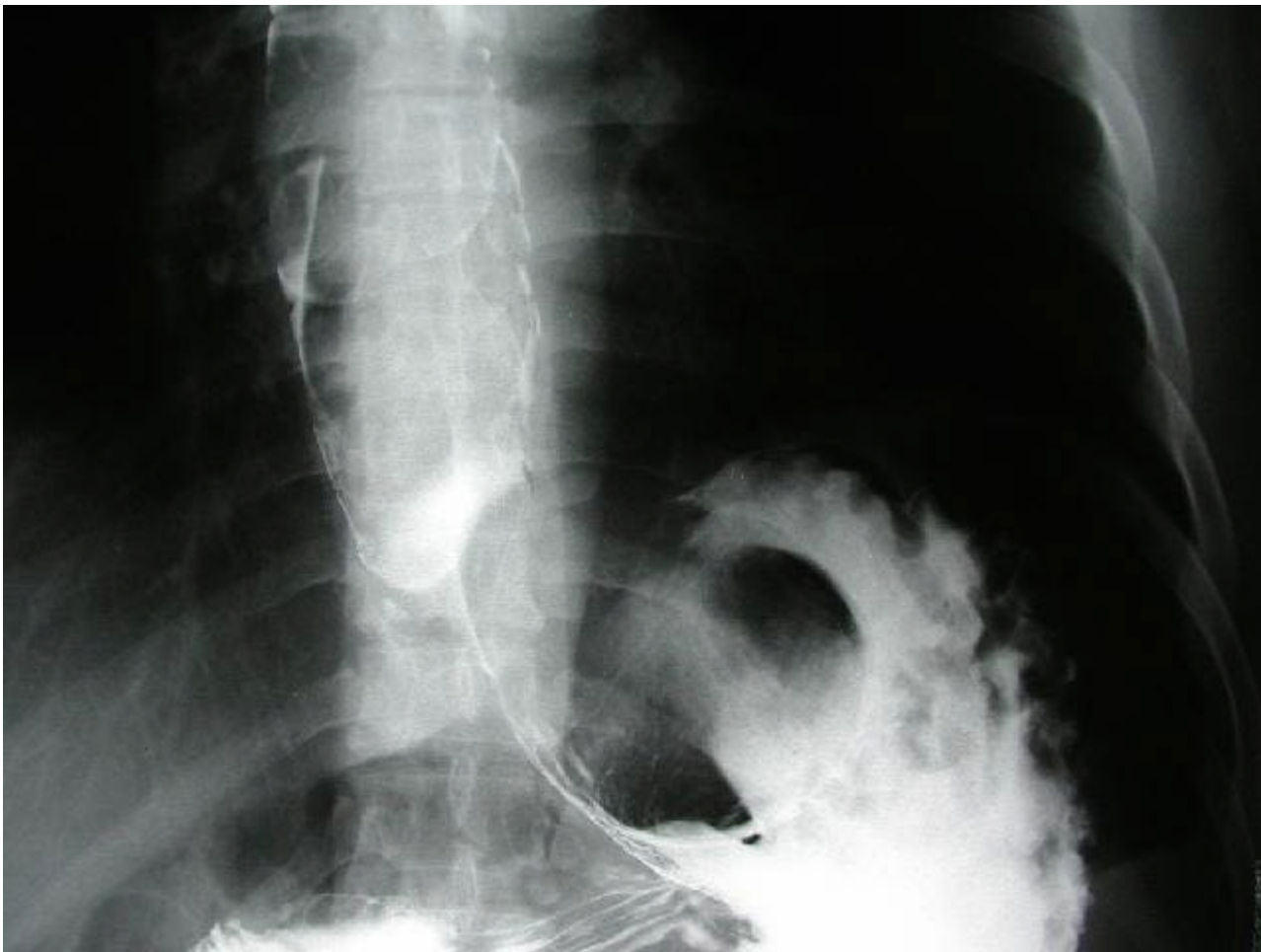


Fig 1. Esofagograma. El esofagograma: lesión ocupativa de aspecto lobulada, que produce dilatación esofágica en sentido transversal, tiene extensión hacia el fondo gástrico.

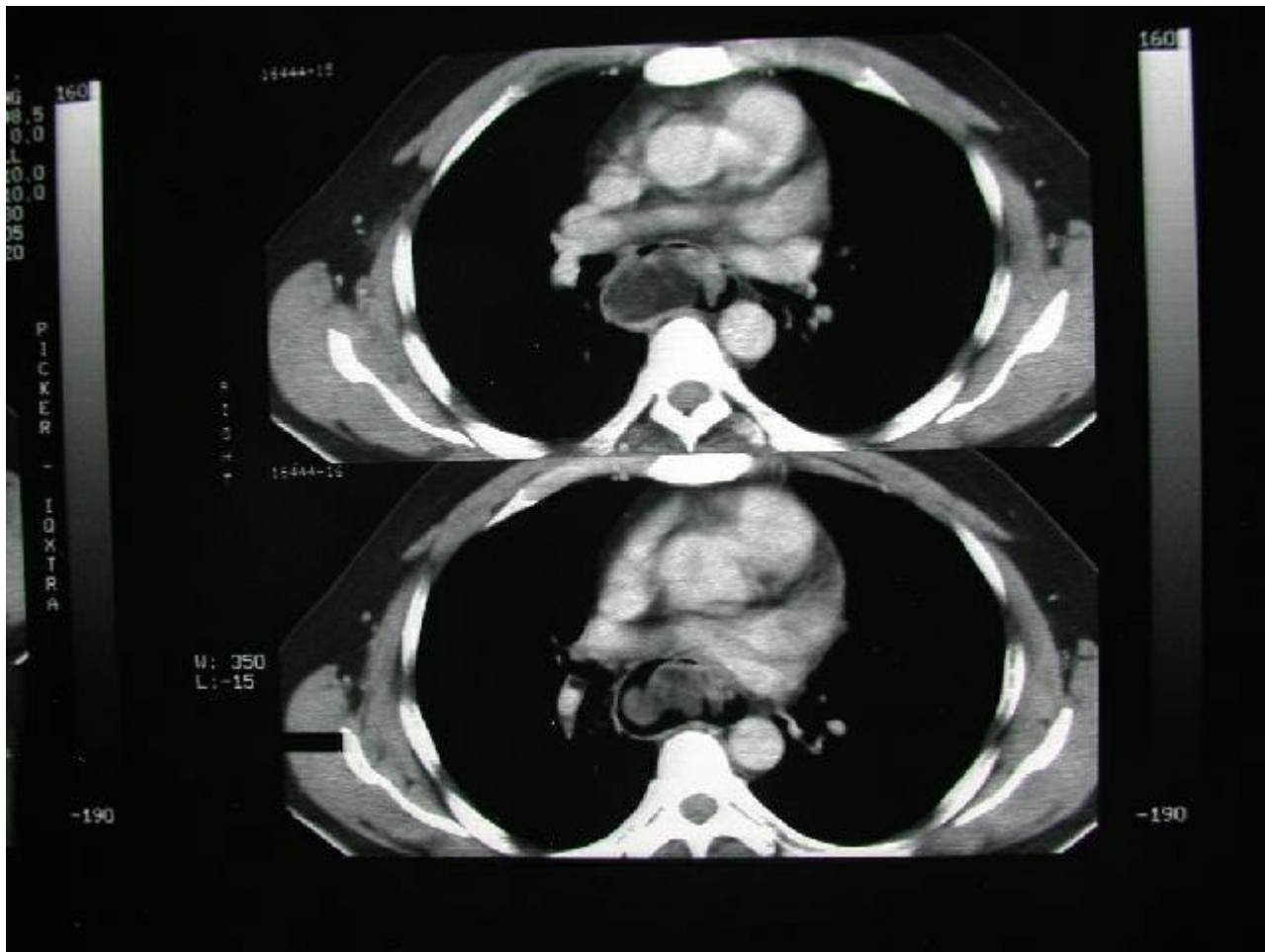


Fig 2. Tomografía. La TAC reporta masa de tercio inferior de esófago, lobulada, de bordes regulares y contornos lisos extraluminales que obstruyen el esófago distal con dilatación pre-estenótica y prolongación de la masa hacia la pared anterior del estómago.

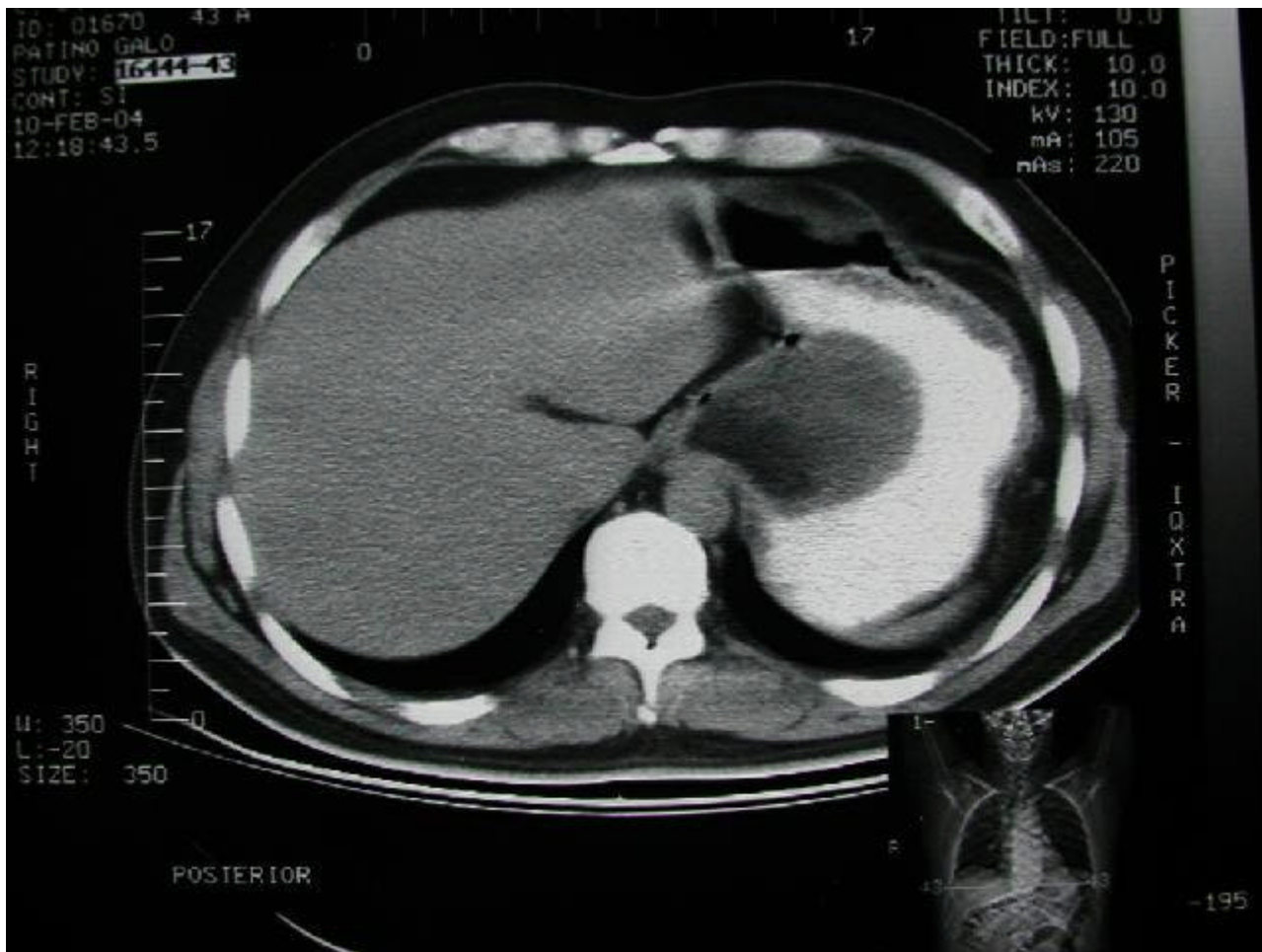


Fig 3. TAC. Corte en el que se observa prolongación de la masa hacia la pared anterior del est ómago.

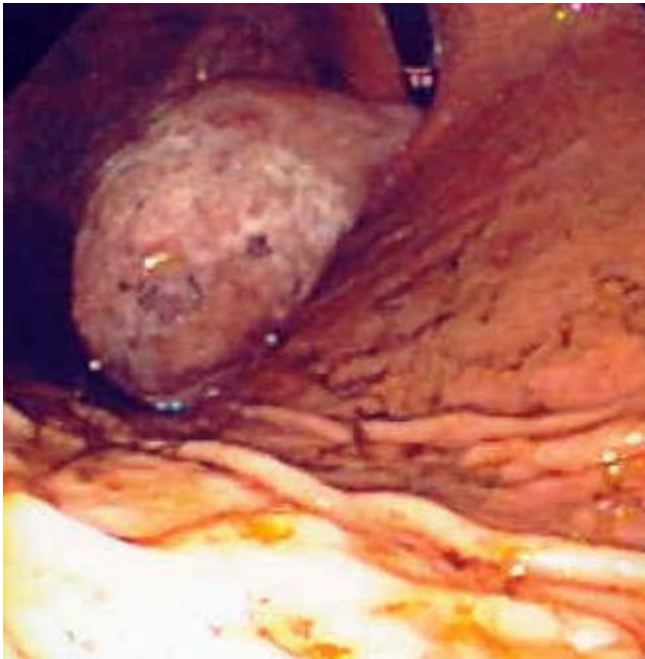


Fig 4. Endoscopia : revela una gran tumoración gástrica intraluminal, pediculada que proviene de esófago

---



Fig 5. Endoscopia: detalle de la lesión pediculada esofágica.

---

## Tratamiento

El paciente fue intervenido quirúrgicamente y se le realizó una toracotomía más esofagostomía y gastrostomía. Los hallazgos quirúrgicos fueron: tumores esofágicos en número de tres con pedículo que nace en el tercio superior del esófago, en la pared lateral izquierda; el tumor ocupa todo el trayecto esofágico y el de mayor tamaño atraviesa el cardias localizándose a nivel del fondo gástrico.

### ESTUDIO MACROSCÓPICO:

Se describe una neoplasia formada por tres nódulos tumorales (fig 6), el superior mide 6.5x6x2cm, el intermedio 6x6x4cm, y el de mayor tamaño 9x7.5x4cm, todos penden de un pedículo de 3 cm de longitud. Los nódulos son bien delimitados, de superficie externa lisa, de color blanco rosado, excepto el inferior que presenta áreas hemorrágicas, necrosis y ulceración, además en este último se notó las huellas de impregnación del cardias; el nódulo intermedio presenta un aspecto mixoide. Al corte (fig 7), la consistencia es elástica y la superficie interna de color blanco amarillento con áreas nodulares; el intermedio presenta características mixoides

El examen histológico define una neoplasia formada tejido adiposo y por células fusadas en medio de estroma conjuntivo vascularizado, además en algunos cortes se reconoce la presencia de tejido con diferenciación cartilaginosa. Esta neoplasia se encuentra revestida por epitelio esofágico bien diferenciado. Los cortes realizados a nivel de la neoplasia intermedia mostraron células estrelladas en medio de material mixoide abundante. Concluyéndose que las tres lesiones corresponden a pólipo fibrovascular.



Fig 6. Pieza quirúrgica. Neoplasia formada por tres nódulos tumorales, el superior mide 6.5x6x2cm, el intermedio 6x6x4cm, y el de mayor tamaño 9x7.5x4cm, todos penden de un pedículo de 3 cm de longitud.



Fig 7. Sección de pieza quirúrgica. Detalle de la sección de la neoplasia.

---

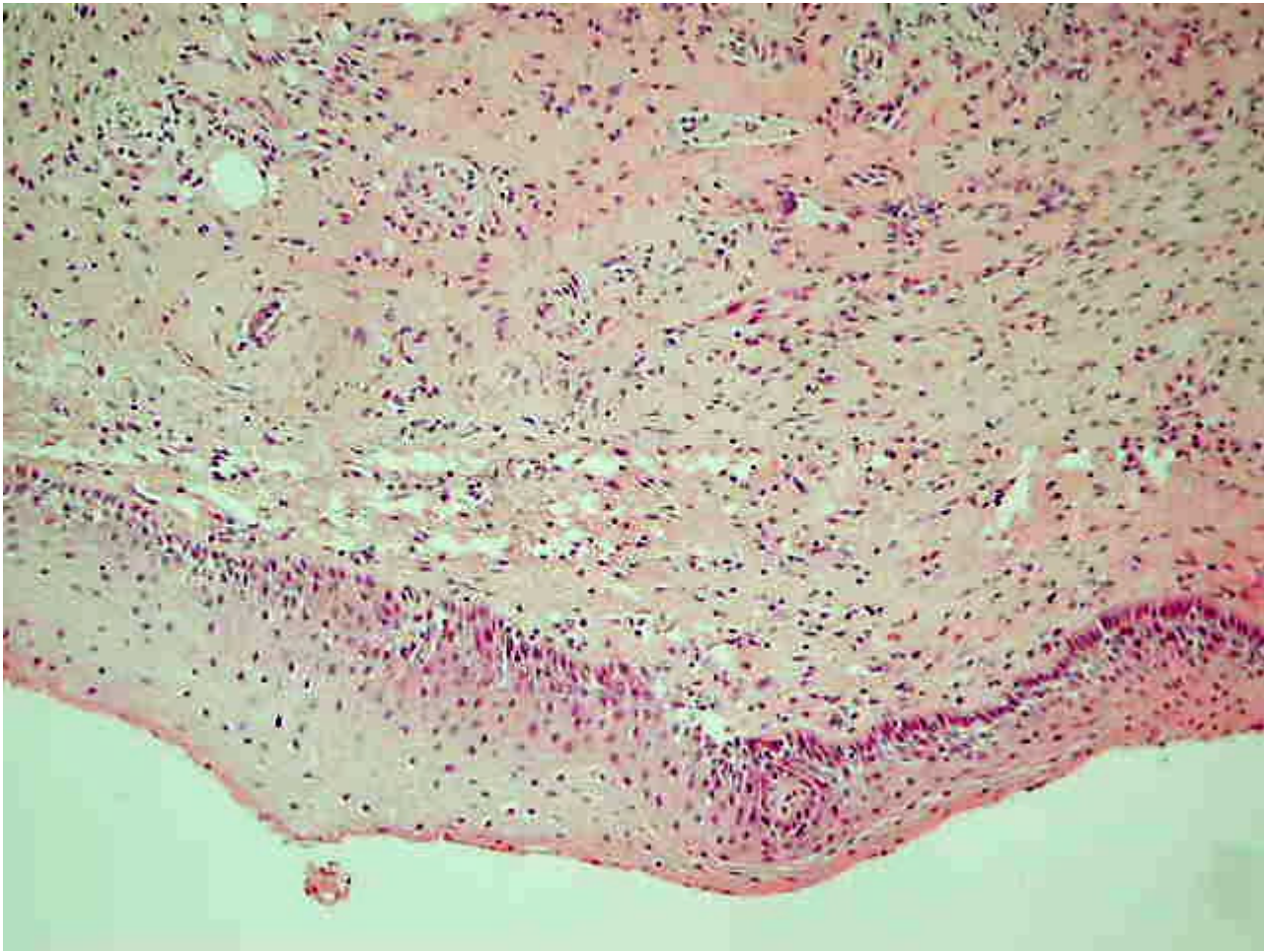


Fig 8. HE. Sección de zona de epitelio plano, estroma fibroso y vascular.

---



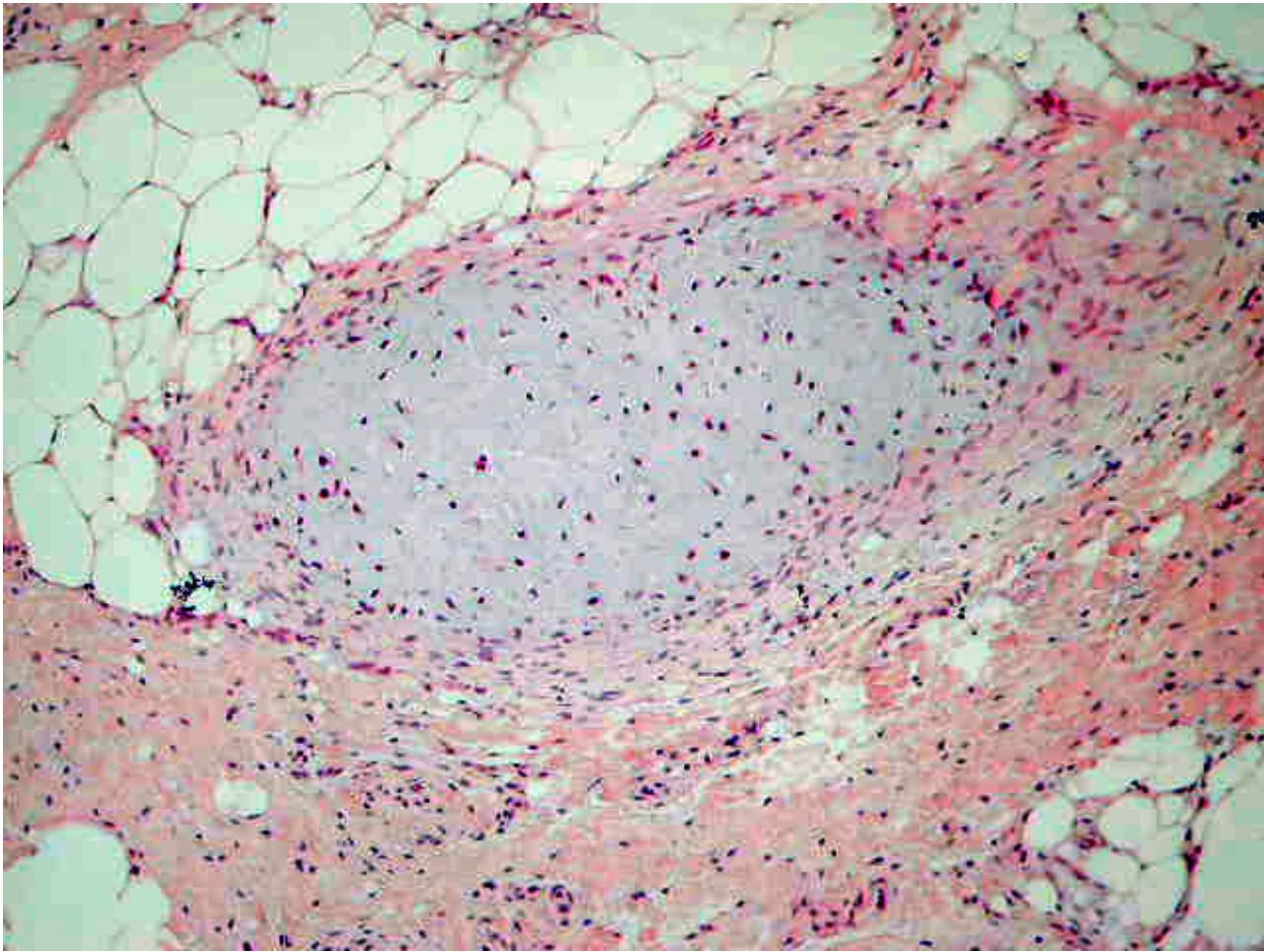


Fig 9. HE. Polipo fibrovascular, estroma fibrovascular y formación de cartílago hialino.

---

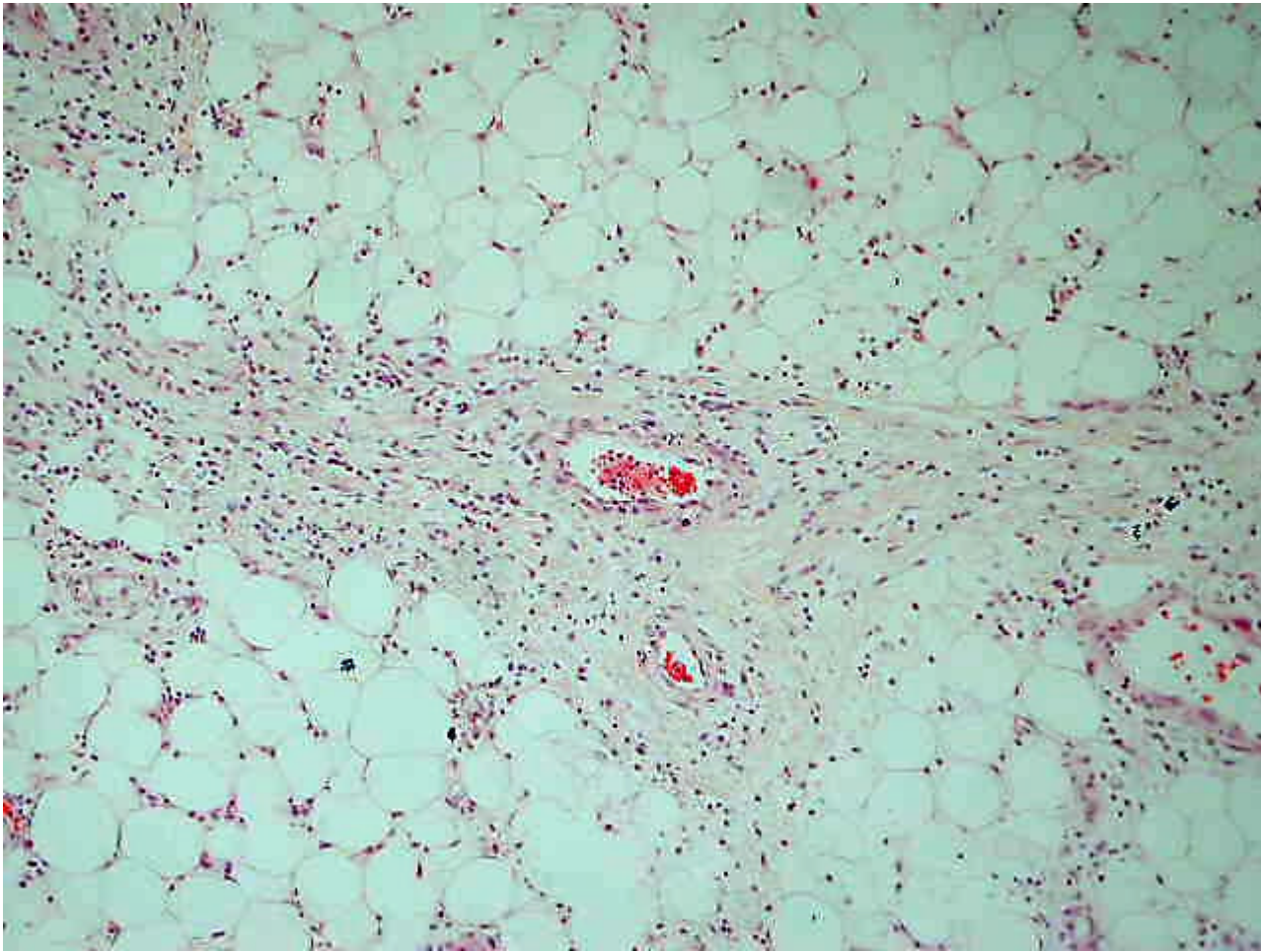


Fig 10. HE. Polipo fibrovascular zona de diferenciación adiposa y fibrovascular.

## Discusión

### DISCUSIÓN:

Los pólipos fibrovasculares del esófago son entidades raras, de las cuales Harrington y Moersch, describieron dos casos de una serie de 13460 autopsias (2), en nuestro hospital es la primera vez que se presenta esta patología.

Palacios y Contardo, describen que el curso clínico de los tumores es muy lento, con un largo período en el que el paciente puede estar asintomático (2), en nuestro caso el paciente presenta sensación de cuerpo extraño por un año, luego disfagia para sólidos que progresa a líquidos, lo cual se ve apoyado en la descripción que hace Lewis BS (12), en donde manifestó que entre otros de los síntomas de las lesiones esofágicas incluyen aquellos como disfagia o dolor del pecho.

Según los autores de la American Force Institute of Patology (AFIP)(12), la edad de presentación más frecuente es en personas adultas y la relación hombre - mujer es de 3:1, lo cual concuerda con nuestro caso (paciente masculino de 44 años).

Varios autores como Ackerman's, Schuhmacher y Fries MR, coincidieron en que lo usual es que se presenten como lesiones solitarias y pedunculadas, que se nacen del tercio proximal del esófago (13,3 y 4), con un tamaño que según P. Donato puede alcanzar desde los 7 cm. a más de 20 cm. de longitud (9), con un promedio de 15 cm. y pueden prolapsar a través del cardias, dentro del lumen gástrico (1), tal como se presenta en este caso.

Para el diagnóstico, según refiere la bibliografía, nos valemos de la radiografía standar de tórax que puede revelar ensanchamiento del mediastino y tejidos blandos retrotraqueales anormales, con desplazamiento ventral de la tráquea (1). Además Palacios F y

Weiland G destacan el uso de la tomografía helicoidal para poder demarcar la lesión en el esófago, determinar su contenido predominante y descartar la posibilidad de algún origen o compromiso mediastinal. (2,8). En el paciente que presentamos se realizaron la Radiografía estandar de tórax, TAC y de la endoscopia tal como lo describen estos autores.

Palacios y colaboradores (2), indicaron que para su abordaje se debe tener en cuenta la vascularización, la localización del pedículo y tamaño del tumor (2). Weiland G., refiere que los pólipos pequeños podrían ser resecados endoscópicamente por medio de electrocauterio; sin embargo en muchos casos se requiere la resección quirúrgica ya que la base del pólipo está usualmente localizada subcríoidalmente. La exposición y la resección del tumor son logrados con esofagotomía mediante un abordaje cervical izquierdo. La toracotomía es rara vez requerida (8). En nuestro caso debido a que se trataba de un tumor multilobulado y uno de los lóbulos protruía hacia el estómago por el cardias y no pudo ser resecado por estas vías, se realiza además una gastrostomía.

Según la clasificación que hace P Donato (9) de esta patología, nuestro caso corresponde a un pólipo fibromuscular intraluminal esofágico.

El presente caso nos muestra la variabilidad de presentación de esta patología esofágica infrecuente, que debemos tener presente ya que se la puede diagnosticar mediante métodos radiológicos y endoscópicos, con soluciones sencillas con evolución clínica favorable.

## Bibliografía

- [http://www.amershamhealth.com/medcyclopaedia/Volume%20IV%201/fibrovascular polyp esophageal.](http://www.amershamhealth.com/medcyclopaedia/Volume%20IV%201/fibrovascular%20polyp%20esophageal)
- Palacios F, Contardo C, Guevara J, Vera A, Aguilar L, Huaman M, Palomino A, Yabar A, "Giant esophageal fibrovascular polyp", Rev Gastroenterol Peru. 2003 Jul-Sep;23(3):213-6.
- Schuhmacher C, Becker K, Dittler HJ, Hofler H, Siewert JR, Stein H, "Fibrovascular esophageal polyp as a diagnostic Challenge", Dis Esophagus. 2000;13(4):324-7.
- Fries MR, Galindo RL, Flint PW, Abraham SC, "Giant fibrovascular polyp of the esophagus. A lesion causing upper airway obstruction and syncope", Arch Pathol Lab Med.2003 Apr;127(4):485-7
- Bruno B, Sizenildo da Silva, Luciana Porto, Ronei Edmar, Kim-Ir-Sen Santos Teixeira, Carlos Inácio de Paula, "Pólipo fibrovascular do esófago – relato de caso e revisao da literatura", Radiol Bras vol.35 no.4 Sao Paulo July/aug. 2002
- BOCKUS, Henry L, "Gastroenterology", Volumen 1, tercera edición, Toronto, Canadá, 1974, pág 305.
- BERENQUER, joaquin, Tercera edición, Madrid, España, 2002.
- Weiland G, Camping L, Mangold G, "Fibrovascular esophageal polyp-diagnosis and therapy", Chirug. 2001 Jul;72(7):847-52.
- P. Donato, L Teixeira, F. Caseiro-Alves, "Giant fibrovascular polyp of the oesophagus
- F.J. Pardo, "Anatomía patológica", Mosby, pág 676, Madrid, España, 1996.
- EISENBERG, "Radiología gastrointestinal", editorial Marban, tercera edición, pág 99, 1996.
- Armed Forces Institute of Pathology, "Tumors of the Esophagus and Stomach", 1995.
- ACKERMAN'S, "Surgical Pathology", Volume one, eighth edition, Mosby, pág 607, 1995.
- Stermer, Patología, 3ra edición, 1999, pág 1296-1297.
- Robbins y Coltran. "Patología Estructural y Funcional". Saunders. Séptima edición, pag: 810.2005.
- Rosai J. "Surgical Pathology". Volume One. Ninth Edition. Mosby. Pág; 633. 2004.