

Pólipo fibrovascular esofágico

Fibrovascular polyp of the esophagus

Elena Benedicto-Hernández^{1*}, Félix Serrano-Puche¹, Juan A. Martos-Fornieles², Juan López-Espejo¹, Inmaculada González-Almendros¹

¹Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Regional Universitario de Málaga; ²Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga, España

Estimados editores:

Los pólipos fibrovasculares esofágicos son tumores benignos muy infrecuentes, que suelen originarse en el esófago cervical y crecen de forma lenta, ocasionando molestias digestivas y respiratorias cuando alcanzan un gran tamaño.

A continuación, se exponen dos casos diagnósticos en nuestro hospital.

Caso clínico 1

Mujer de 70 años que acudió en varias ocasiones a urgencias por dolor torácico atípico y disfagia. También refería pirosis, sensación de ocupación retroesternal y pérdida ponderal de 8 kg en los tres meses previos.

La endoscopia objetivó una lesión que ocupaba la luz esofágica con mucosa respetada y, al no evidenciar pedículo, se planteó la posibilidad de lesión submucosa o compresión extrínseca. En la ecoendoscopia la lesión se mostró hiperecogénica de forma homogénea, con respeto de la serosa. Se realizaron tres punciones-aspiraciones con aguja fina, que resultaron en material insuficiente para diagnóstico.

Se realizó una tomografía computarizada (TC) de tórax con contraste intravenoso (Fig. 1) que puso de manifiesto una lesión con densidad grasa y de partes blandas que ocupaba casi todo el esófago. Con el fin de determinar si se trataba de una lesión submucosa

o polipoide, se realizó TC de tórax con contraste oral en decúbito prono y supino (Figs. 2A y B), identificando la lesión rodeada de aire y contraste, lo que apoyaba la etiología polipoide. El esofagograma (Fig. 2C) mostraba un esófago dilatado con defecto de repleción que se extendía en casi toda su longitud.

La lesión fue resecada mediante polipectomía endoscópica.

Los hallazgos histológicos fueron compatibles con pólipo fibrovascular gigante, sin criterios de malignidad.

Un año después del procedimiento, la paciente se encuentra asintomática y sin recurrencia de la enfermedad.

Caso clínico 2

Varón de 69 años que consultó en urgencias por disfonía, junto con tos y náuseas que se desencadenaban con la deglución. Además, refería disfagia, sensación de cuerpo extraño esofágico de un mes de evolución y pérdida ponderal de hasta 15 kg en dos meses.

En la TC de cuello y tórax (Fig. 3) con contraste intravenoso se visualizó una masa faringoesofágica, que se extendía desde el seno piriforme izquierdo hasta el esófago medio, con densidad predominantemente grasa y zonas con atenuación de partes blandas.

*Correspondencia:

Elena Benedicto-Hernández

E-mail: elenabenedicto@yahoo.es

Fecha de recepción: 29-11-2022

Fecha de aceptación: 13-12-2023

DOI: 10.24875/RAR.22000096

Disponible en internet: 30-05-2024

Rev Argent Radiol. 2024;88(2):85-88

www.revistarar.com

1852-9992 / © 2023 Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT). Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

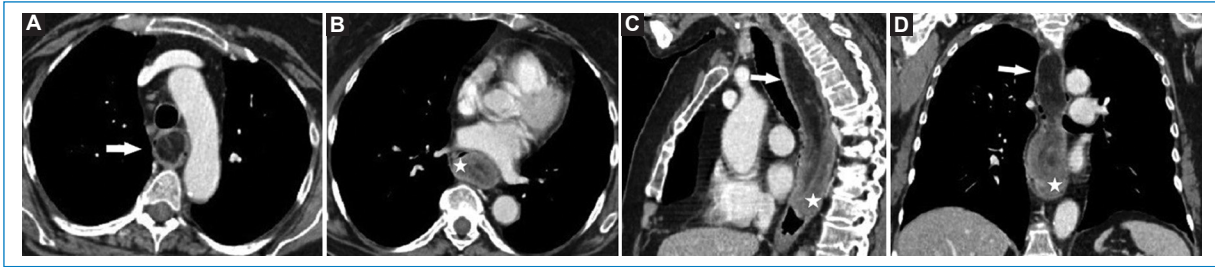


Figura 1. TC de tórax con contraste intravenoso en ventana de mediastino y reconstrucciones axiales (A y B), sagital (C) y coronal curva (D), en la que se evidencia un esófago dilatado por la presencia de una gran masa intraluminal que contiene densidad grasa (flechas en A, C y D) y de partes blandas (estrellas en B, C y D).

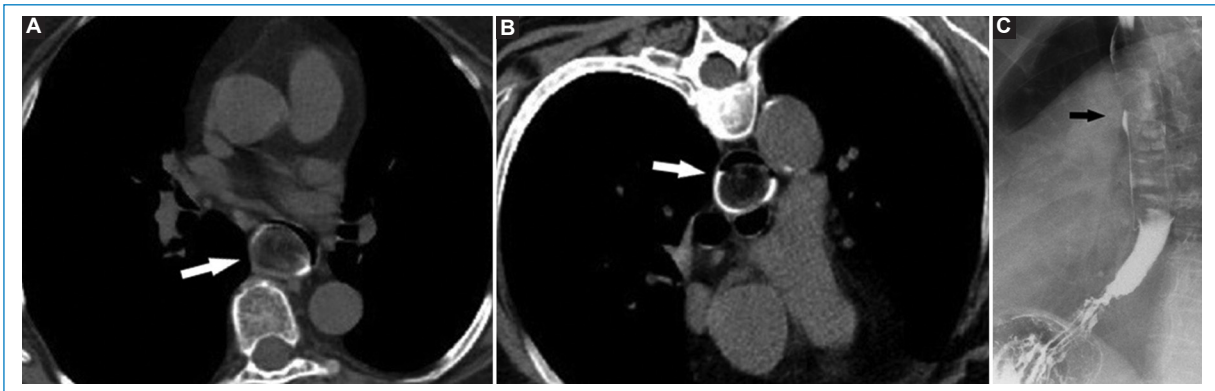


Figura 2. TC de tórax con contraste oral en decúbito supino (A) y prono (B), en la que se objetiva que la lesión esofágica se encuentra rodeada por aire y contraste, lo que confirma su naturaleza polipoide (flechas). El esofagograma (C) demuestra un defecto de repleción de borde bien definido, que ocupa gran parte del esófago (flecha).

La masa disminuía el calibre de la laringe supraglótica por compresión, desplazando medialmente la cuerda vocal izquierda (confirmado por endoscopia otorrinolaringológica).

En el esofagograma no se logró identificar la base de implantación de la masa.

La endoscopia digestiva objetivó una tumoración gigante con mucosa muy vascularizada, que se extendía por debajo de la boca de Killian y ocupaba prácticamente toda la luz esofágica. No se tomó biopsia por el aparente riesgo de sangrado. Con la sospecha de pólipo fibrovascular gigante, se intentó la exéresis con esofagoscopio rígido, que resultó imposible debido a la localización y al gran tamaño que presentaba. Posteriormente, se procedió a la resección quirúrgica a través de cervicotomía y esofagotomía lateral izquierda.

El estudio histológico de la pieza quirúrgica fue compatible con pólipo fibrovascular gigante.

El pólipo recidivó dos años después y el paciente fue reintervenido mediante microcirugía laríngea, persistiendo una lesión residual en la actualidad (Fig. 4).

Discusión

Los pólipos fibrovasculares esofágicos son tumores benignos submucosos e intraluminales extraordinariamente raros (representan un 0.5-1% de los tumores esofágicos benignos)^{1,2}, compuestos por tejido fibroso, grasa y vascular, y cubiertos por epitelio escamoso normal. La mayoría se originan en el esófago cervical, presentan un pedículo relativamente pequeño y forma alargada, y alcanzan grandes dimensiones³. La degeneración maligna es sumamente rara⁴.

Los síntomas más frecuentes de presentación son disfagia, dolor retroesternal, tos, odinofagia y hemorragia (por ulceración del pólipo), siendo menos común la regurgitación, que puede complicarse con obstrucción laríngea^{3,5}.

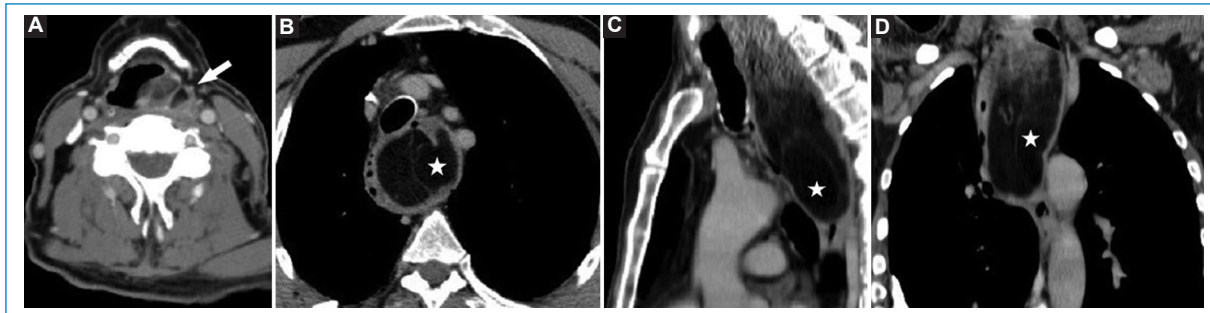


Figura 3. TC de cuello y tórax con contraste intravenoso en ventana de mediastino y reconstrucciones axiales (A y B), sagital (C) y coronal curva (D). Se aprecia una lesión de gran tamaño, con densidad predominantemente grasa, que se extiende desde el seno piriforme izquierdo (flecha en A) hasta el esófago medio, expandiéndolo (estrellas en B, C y D).

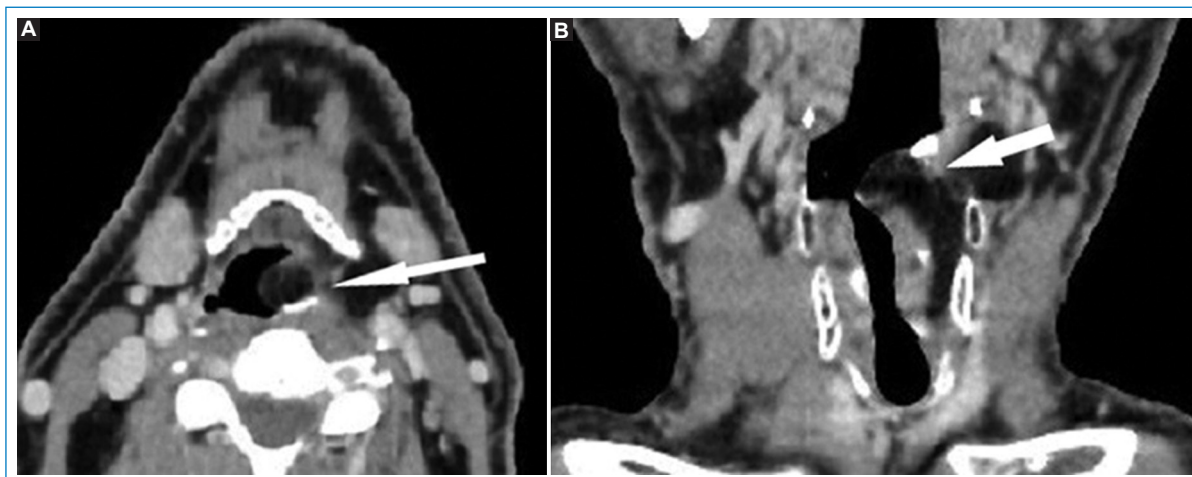


Figura 4. TC de cuello con contraste intravenoso con reconstrucciones axial (A) y coronal (B), dos años después de la cirugía, en la que se observa la recidiva de la lesión en el seno piriforme izquierdo, adyacente al clip quirúrgico en la hipofaringe (flechas).

El diagnóstico se basa en la combinación de hallazgos clínicos, endoscópicos y de las distintas pruebas de imagen:

- La endoscopia permite la visualización directa del pólipo, así como la toma de biopsias.
- La ecoendoscopia aporta información sobre la vascularización, la infiltración tumoral y la existencia de adenopatías³.
- El tránsito esofágico muestra típicamente un esófago dilatado, con defecto de repleción intraluminal a nivel del esófago cervical con extensión distal⁶.
- La TC y la resonancia magnética son pruebas útiles no solo para identificar el lugar de inserción del pólipo y su extensión, sino también para su caracterización (proporción de tejido fibroso y graso) y para determinar el grado de vascularización^{6,7}.

Sin embargo, recientemente se ha planteado la posibilidad de que la gran mayoría de los pólipos fibrovasculares esofágicos correspondan a liposarcomas, por lo que se sugiere que el diagnóstico se haga con mucha precaución, solo después de un estudio morfológico cuidadoso y del gen MDM2 mediante FISH que descarte un liposarcoma⁸.

El diagnóstico diferencial incluye otras lesiones submucosas que producen estenosis esofágica proximal, como quiste de duplicación, tumor neurogénico o vascular, leiomioma, etc.⁹.

La actitud terapéutica es la resección quirúrgica o endoscópica, dependiendo fundamentalmente de la zona de inserción del pedículo, del tamaño del pólipo y de su composición (aquellos de predominio graso son buenos candidatos para la resección endoscópica,

mientras que si están muy vascularizados se incrementa el riesgo de sangrado y puede ser preferible la extirpación quirúrgica^{2,10}.

La recidiva tumoral es rara, pero se han descrito casos de recurrencia^{2,4}.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que han obtenido el

consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial para generar textos.

Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Yacob M, Roopavathana B, George SV, Abraham V, Samarasam I. Fibrovascular polyp of the esophagus: a case series. *Trop Gastroenterol.* 2018;39:91-3.
2. Lee SY, Chan WH, Sivanandan R, Lim DT, Wong WK. Recurrent giant fibrovascular polyp of the esophagus. *World J Gastroenterol.* 2009;15:3697-700.
3. Escarda A, Reyes J, Ginard D, Barranco L, Bonet L, Roldán J, et al. Pólipo fibrovascular esofágico gigante. *Gastroenterol Hepatol.* 2004;27:431-2.
4. Chourmouzi D, Drevelegas A. Giant fibrovascular polyp of the oesophagus: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2008;2:337.
5. Ongkasuwan J, Anzalone CL, Salazar E, Donovan DT. Presentation and management of giant fibrovascular polyps of the hypopharynx and esophagus. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2017;126:29-35.
6. Kim TS, Song SY, Han J, Shim YM, Jeong HS. Giant fibrovascular polyp of the esophagus: CT findings. *Abdom Imaging.* 2005;30:653-5.
7. Ascenti G, Racchiusa S, Mazziotti S, Bottari M, Scribano E. Giant fibrovascular polyp of the esophagus: CT and MR findings. *Abdom Imaging.* 1999;24:109-10.
8. Graham RP, Yasir S, Fritchie KJ, Reid MD, Greipp PT, Folpe AL. Polypoid fibroadipose tumors of the esophagus: 'giant fibrovascular polyp' or liposarcoma? A clinicopathological and molecular cytogenetic study of 13 cases. *Mod Pathol.* 2018;31:337-42.
9. Ovejero Gómez VJ, Bermúdez García MV, Pérez del Molino Castellanos A, Gómez Lorenzo F, Ingelmo Setien A. Orientación diagnóstica y terapéutica del tumor fibrovascular esofágico. *Rev ACAD.* 2014;30:50-2.
10. Madhusudhan KS, Kumar P, Dash NR. Giant fibrovascular polyp of the esophagus. *J Gastrointest Surg.* 2020;24:2884-7.