



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-165 - PÓLIPO FIBROVASCULAR GIGANTE COMO CAUSA INFRECUENTE DE DISFAGIA

Blanco Elena, Juan Antonio; Montiel Casado, María Custodia; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Rodríguez Cañete, Alberto; Mirón Fernández, Irene; Bondía Navarro, José Antonio; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: Los tumores benignos de la hipofaringe y del esófago son neoplasias infrecuentes del tracto digestivo superior, representando menos del 0,5% de todas las tumoraciones esofágicas. En la literatura se recogen apenas 100 casos, constando la serie más larga de 16 pacientes. Son tumores de crecimiento intraluminal, formados por tejido inflamatorio fibroso, tejido de granulación y elementos lipomatosos recubiertos por epitelio escamoso normal. El diagnóstico se realiza mediante tránsito esofágico y, especialmente, mediante endoscopia, que permite determinar el origen del mismo. El tratamiento de estas lesiones es tradicionalmente quirúrgico con abordaje cervical.

Caso clínico: Varón de 66 años, con antecedentes de ulcus péptico y adenoma prostático, que consulta por disfagia alta a sólidos y líquidos, y sensación de cuerpo extraño esofágico de dos meses de evolución. No presenta hiporexia aunque sí pérdida ponderal de 15 kg por disminución de la ingesta. En la exploración física destaca la presencia de disfonía de reciente aparición y tos y náuseas desencadenadas por la deglución. Se realiza TC cervicotorácico que informa de masa faringoesofágica que se extiende desde el seno piriforme izquierdo hasta esófago medio, sobrepasando el nivel de la carina traqueal. La lesión, de 15 cm de diámetro craneocaudal, presenta densidad grasa con zonas de densidad de partes blandas, altamente sugestiva de pólipo fibrovascular. La endoscopia confirma que dicha lesión se origina a nivel del triángulo de Killian y que ocupa prácticamente la totalidad de la luz esofágica, aunque permitiendo el paso del endoscopio. El aspecto de la mucosa es hipervascular y la lesión produce compresión extrínseca de seno piriforme y de la cuerda vocal izquierdos. Se procede a intento infructuoso de exéresis endoscópica. Ante la imposibilidad de controlar el pedículo, se realiza cervicotomía lateral izquierda. Tras esofagotomía lateral se identifica pólipo bilobulado endoluminal de unos 20 cm íntimamente adherido a la mucosa esofágica. Tras disección dificultosa del mismo se procede a su exéresis mediante endograpadora y al cierre de la esofagotomía mediante sutura entrecortada reabsorbible. El postoperatorio transcurre sin incidencias dándose el alta hospitalaria en decimotercer día tras la intervención, previo control radiológico. Actualmente el paciente continúa asintomático.

Discusión: Los pólipos fibrovasculares del esófago son neoplasias benignas extraordinariamente raras. El curso clínico de estos tumores es muy lento, con un largo periodo asintomático para posteriormente presentar molestias inespecíficas. El diagnóstico diferencial incluye la acalasia y los tumores mediastínicos que causen compresión extrínseca del esófago. El tratamiento generalmente es quirúrgico, por la gran vascularización de estos tumores y el riesgo de sangrado que conlleva su manipulación. El abordaje depende de la localización del pedículo y tamaño del tumor. Raramente se precisa toracotomía. En ocasiones puede llevarse a cabo

tratamiento no quirúrgico mediante resección con electrocauterio o Nd-YAG láser, con guía endoscópica o laringoscópica. El pronóstico de estos tumores una vez resecados es excelente.