

ARTÍCULO ORIGINAL

Papiloma escamoso del esófago: reporte de 31 casos en un hospital de tercer nivel



Omar Jesus Pineda Oliva^{a,*}, Armando Valencia Romero^a,
Mónica Valdivia Balbuena^a, Marisela Díaz Oyola^a, Víctor Cuevas Osorio^a,
Julio Cesar Soto Pérez^a, Carlos Javier Mata Quintero^a, Jorge Farell Rivas^a,
Mircea Gonzalez Villarello^a, Hugo Lopez Acevedo^a, Sandy Zamora Zarco^b
y Martha Leticia Llamas Ceras^b

^a Servicio de Endoscopia, Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX, México

^b Servicio de Patología, Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX, México

Recibido el 16 de diciembre de 2014; aceptado el 19 de febrero de 2015

Disponible en Internet el 29 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Papiloma escamoso del esófago

Resumen

Introducción: El papiloma escamoso del esófago (PEE) es una lesión benigna poco frecuente, asintomática y reconocida como un hallazgo incidental durante las endoscopias.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo, donde se revisaron los reportes de endoscopias realizadas en el Servicio de Endoscopia del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX en un período de 10 años, recopilando los datos de los pacientes con PEE.

Resultados: En el período de estudio se realizaron 9,884 endoscopias, teniendo 31 casos de PEE corroborado por patología, con una prevalencia del 0.37%. Edad media de 55.2 años. La concordancia de la imagen endoscópica con patología fue del 83.8%. La indicación más común del estudio fue el reflujo gastroesofágico, el hallazgo endoscópico más asociado la hernia hiatal y la localización más frecuente en el tercio medio del esófago.

Conclusiones: El PEE es una patología poco frecuente, que en nuestro hospital tuvo una prevalencia similar a la reportada en la literatura. Los hallazgos endoscópicos e indicaciones de los estudios apoyan la teoría de la etiología relacionada con el reflujo gastroesofágico. Con altos grados de sospecha por endoscopia, observando que la concordancia con patología es alta.

© 2014 Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Prolongación Zaragoza n.º 6, Colonia Mansiones del Valle. Querétaro, Querétaro. CP 76185. Teléfono: +4423598477.

Correo electrónico: omarpineda888@hotmail.com (O.J. Pineda Oliva).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endomx.2015.02.003>

0188-9893/© 2014 Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Esophageal squamous papilloma

Esophageal squamous papilloma: Report of 31 cases in a tertiary hospital**Abstract**

Introduction: The esophageal squamous papilloma (ESP) is a lesion that is uncommon and asymptomatic that is incidentally recognized during endoscopies.

Material and methods: A retrospective study was performed that included a review of endoscopy reports over a 10 year period from the Endoscopy Department of the Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX, and the compiling of the information of the patients with ESP.

Results: A total of 9,884 endoscopies were performed during the study period, with 31 pathology reports on esophageal squamous papilloma, with a prevalence of 0.37%. The mean age of the cases was 55.2 years. The concordance between endoscopic image and pathology reports was 83.8%. The most frequent indication for the endoscopy was gastro-esophageal reflux, with hiatal hernia being the frequent endoscopic finding, and the middle esophagus was the most common localization during endoscopy.

Conclusions: The ESP is an uncommon lesion, with a higher prevalence in our hospital than reported in the literature. The endoscopic findings and indications support the etiological theory of reflux. With highly levels of suspicion by endoscopy.

© 2014 Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El papiloma escamoso del esófago (PEE) es una lesión benigna poco frecuente, habitualmente asintomática y reconocida como un hallazgo incidental durante las endoscopias¹. La primera descripción conocida fue la realizada por Adler en 1959. En series grandes de estudios endoscópicos se reporta una frecuencia del 0.07%².

En cuanto a la fisiopatología, se han descrito varias teorías: la que lo asocia con un aspecto respiratorio; y las que son más aceptadas, que la relacionan con enfermedad por reflujo gastroesofágico, esofagitis, trauma, irritantes químicos y virus. El potencial maligno de estas lesiones aún es incierto, y varía desde el 0.01 al 0.43%³, ya que se ha propuesto que el virus del papiloma humano (VPH) tiene una implicación en la etiopatogenia, sin embargo no siempre es identificado. No obstante, se ha propuesto que su identificación puede ser de gran impacto para determinar el seguimiento, sobre todo en aquellos genotipos asociados al desarrollo de lesiones malignas y premalignas en tejidos escamosos^{4,5}.

La descripción endoscópica habitualmente es de una lesión única, circular, elevada y sésil de aspecto vegetante; que además casi siempre se delimita bien del tejido circundante. Aunque el tamaño habitualmente es menor de 1 cm, se han descrito de múltiples formas, tamaños y aspectos. Aunque el aspecto sésil siempre es característico, la sospecha y experiencia del endoscopista para reconocer la lesión es de vital importancia, ya que puede confundirse con acantosis glucogénica e inclusive con lesiones malignas, aunque el diagnóstico histopatológico es el estándar de oro^{6,7}.

Material y métodos

Es un estudio retrospectivo, donde se realizó una revisión de los reportes de endoscopias realizadas en el Servicio de

Endoscopia del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX del 1 de septiembre del 2005 al 31 de agosto del 2014 (10 años), recopilando los datos de: edad, indicación del estudio, localización de las lesiones, características de las lesiones por endoscopia de los pacientes con papiloma escamoso del esófago; así como si el paciente contaba con estudios de endoscopia previos.

Resultados

Durante el período de estudio se realizaron 9,884 endoscopias, encontrando 31 casos de papiloma escamoso del esófago corroborado por el servicio de patología en biopsias de la lesión, con una prevalencia del 0.37% en el período del estudio. La edad media de presentación fue 55.2 años (rango 17-92 años). Hubo una concordancia de la imagen endoscópica con el resultado de patología del 83.8%. La indicación más común para realizar el estudio de endoscopia fue el reflujo gastroesofágico en 28 pacientes (90.3%) y en 3 por síndrome ulceroso (9.7%). En 21 pacientes era el primer estudio y en 10 se trataba de un estudio subsecuente.

La localización más frecuente fue en el tercio medio del esófago en 16 pacientes (51.6%), superior en 10 (32.2%), inferior 4 (12.9%) y a nivel de la unión esofagogástrica en uno (3.3%) (tabla 1), siendo la técnica para su resección en todos los casos la biopsia escisional. En 26 de las endoscopias se observó la imagen típica del papiloma de una lesión única, circular, elevada y sésil de aspecto vegetante (Imágenes de la fig. 1), teniendo en 5 imágenes atípicas que van desde lesiones polipoides a nivel de la unión esofagogástrica a lesiones blanquecinas planas (imágenes de la fig. 1).

Conclusiones

El papiloma escamoso del esófago es un tumor benigno del epitelio escamoso, con una prevalencia del 0.07% de los

Tabla 1 Papilomas del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX

Papilomas del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX.				
No.	EDAD	INDICACIÓN	LOCALIZACIÓN	HALLAZGOS / ASOCIADOS
1	57	ERGE	1/3 SUPERIOR	ESOFAGITIS PÉPTICA. GASTRITIS EROSIVA. HERNIA HIATAL I.
2	46	ERGE	1/3 SUPERIOR	ESOFAGITIS PÉPTICA. GASTRITIS EROSIVA. HERNIA HIATAL I.
3	66	ERGE	1/3 SUPERIOR	REFLUJO DUODENO GASTRICO.HERNIA HIATAL I.
4	17		1/3 INFERIOR	GASTRODUODENITIS.
5	49	ERGE	1/3 MEDIO	REFLUJO DUODENO GASTRICO. HERNIA HIATAL I.
6	61	ERGE	1/3 MEDIO	BARRETT SIN DISPLASIA. GASTRITIS.
7	38	ERGE	1/3 MEDIO	GASTRITIS. HERNIA HIATAL I.
8	51	ERGE	1/3 MEDIO	GASTRITIS. HERNIA HIATAL I.
9	42	ERGE	1/3 MEDIO	BARRETT SIN DISPLASIA. REFUJO DUODENO GASTRICO. GASTRITIS.
10	52	ERGE	1/3 MEDIO	REFLUJO DUODENO GASTRICO. GASTRITIS. HERNIA HIATAL I.
11	53	ERGE	1/3 SUPERIOR	GASTRITIS EROSIVA.PO. FUNDUPLICATURA.
12	52	ERGE	1/3 INFERIOR	GASTRITIS.ANILLO DE SCHATSKY.
13	53	ERGE	1/3 SUPERIOR	BARRETT SIN DISPLASIA.REFLUJO DUODENO GASTRICO. HERNIA HIATAL III.
14	66	ERGE	1/3 SUPERIOR	BARRETT SIN DISPLASIA.BULBODUODENITIS. ANTECEDENTE DE CA GASTRICO.
15	70	ERGE	1/3 MEDIO	BARRETT SIN DISPLASIA.REFUJO DUODENO GASTRICO. GASTRITIS.
16	56	ERGE	1/3 MEDIO	ESÓFAGO DE BARRETT.GASTRITIS. HERNIA HIATAL I.
17	54	ERGE	1/3 SUPERIOR	GASTRITIS EROSIVA.HERNIA HIATAL 1 CM.
18	72	SÍNDROME ULCEROSO	U-EG	GASTRODUODENITIS.
19	58	ERGE	1/3 MEDIO	GASTRITIS.HERNIA HIATAL I.
20	38	SÍNDROME ULCEROSO	1/3 SUPERIOR	GASTRITIS EROSIVA.
21	59	ERGE	1/3 MEDIO	GASTRITIS EROSIVA.REFLUJO DUODENO GASTRICO.
22	56	ERGE	1/3 MEDIO	GASTRITIS EROSIVA.HERNIA HIATAL I.
23	74	ERGE	1/3 MEDIO	REFLUJO DUODENO GASTRICO.GASTRITIS EROSIVA. HERNIA HIATAL I.
24	69	SÍNDROME ULCEROSO	1/3 SUPERIOR	GASTRITIS EROSIVA.REFLUJO DUODENO GASTRICO.
25	56	ERGE	1/3 MEDIO	ESOFAGITIS.GASTRITIS / ULCERA. REFUJO DUODENO GASTRICO.
26	78	ERGE	1/3 INFERIOR	ESOFAGITIS.GASTRITIS
27	26	ERGE	1/3 MEDIO	HERNIA HIATAL I. GASTRITIS.
28	67	ERGE	1/3 MEDIO	HERNIA HIATAL I. GASTRITIS.
29	92	ERGE	1/3 INFERIOR	GASTRITIS.HERNIA HIATAL I.
30	34	ERGE	1/3 MEDIO	GASTRITIS.HERNIA HIATAL I.
31	51	ERGE	1/3 SUPERIOR	GASTRITIS.HERNIA HIATAL I.

casos reportada en la literatura; observando que la prevalencia en nuestra institución es más elevada que en muchos de los reportes de la literatura, aunque dentro de los rangos descritos. Generalmente es asintomático con predominio en el género masculino con una relación 3:1².

En su etiología se han descrito 2 teorías principalmente. La primera involucra a la irritación mecánica o química de la

mucosa, producto del reflujo gastroesofágico crónico con el subsecuente desarrollo de la lesión epitelial, que es la más aceptada y estudiada; la cual apoyamos por los hallazgos e indicaciones de los estudios. La segunda, asociada al VPH tiene importancia en la evolución a carcinoma escamoso, especialmente los tipos virales 16 y 18. En el tubo digestivo, la presencia del virus del papiloma humano ha sido

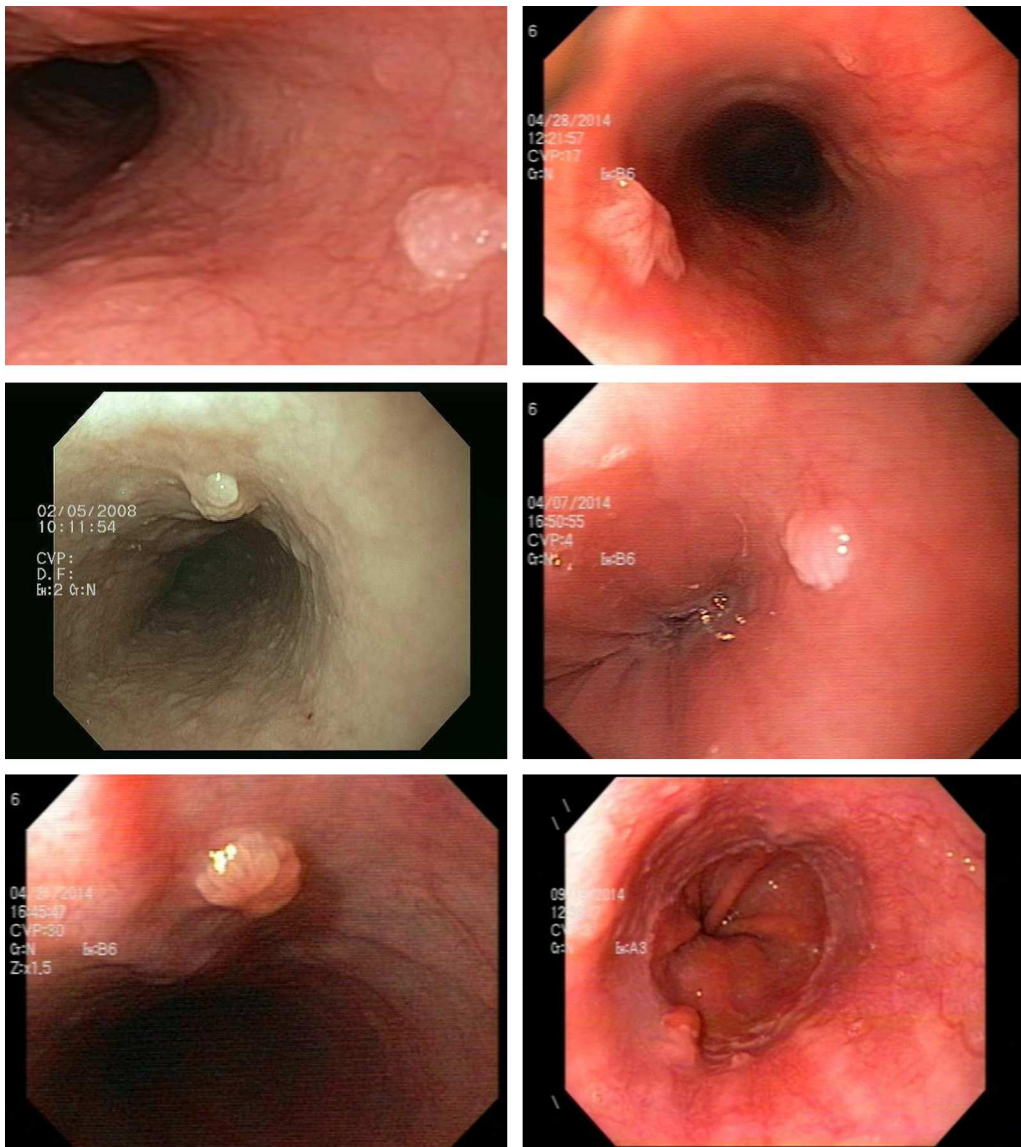


Figura 1 Las imágenes de la parte superior y la inferior del lado izquierdo muestran la imagen típica de una lesión única, circular, elevada y sésil de aspecto vegetante. En la imagen inferior del lado derecho se observa una imagen atípica de una lesión de aspecto polipoide a nivel de la unión esofagagástrica.

demostrada en boca, faringe, esófago y ano, infectando solamente las células epiteliales. Su vía de transmisión es de manera directa. La infección oral se asocia a paciente con prácticas sexuales de riesgo, pero no hay establecida aún una relación de estas prácticas en el desarrollo de papilomas esofágicos⁸. En esta revisión no se demostró una relación franca con el reflujo gastroesofágico, ya que el sitio más común de afección fue el esófago medio, cuando se esperaba que fuera más frecuente en el esófago distal. En lo que respecta a los hallazgos, 11 pacientes presentaron cambios típicos de reflujo gastroesofágico como anillos de Schatzky, esófago de Barrett o esofagitis; aunque los demás evidencian hallazgos indirectos como hernia hiatal y reflujo duodenogástrico. No obstante, sería de gran utilidad más adelante complementar este estudio con una pHmetría para confirmar y establecer su relación con el reflujo gastroesofágico.

El diagnóstico del papiloma se realiza por los hallazgos endoscópicos, corroborados por una biopsia escisional o polipectomía, enviando la muestra para su confirmación por estudio patológico. Al microscopio se pueden detectar coilocitos y por PCR el ADN viral (fig. 2). Dado el potencial carcinogénico asignado al virus del papiloma humano, la detección del mismo en casos de papiloma esofágico sería de gran valor en términos del seguimiento de lesiones asociadas con genotipos implicados en la génesis de lesiones premalignas o malignas⁹. En el caso muy particular de nuestro hospital pronto conoceremos los resultados de un estudio que realiza el servicio de patología, donde se están determinando los genotipos más frecuentemente asociados.

Los tratamientos descritos para estas lesiones incluyen la criocirugía, láser, escisión electroquirúrgica con asa o pinza de biopsias. A pesar de tratarse de una lesión

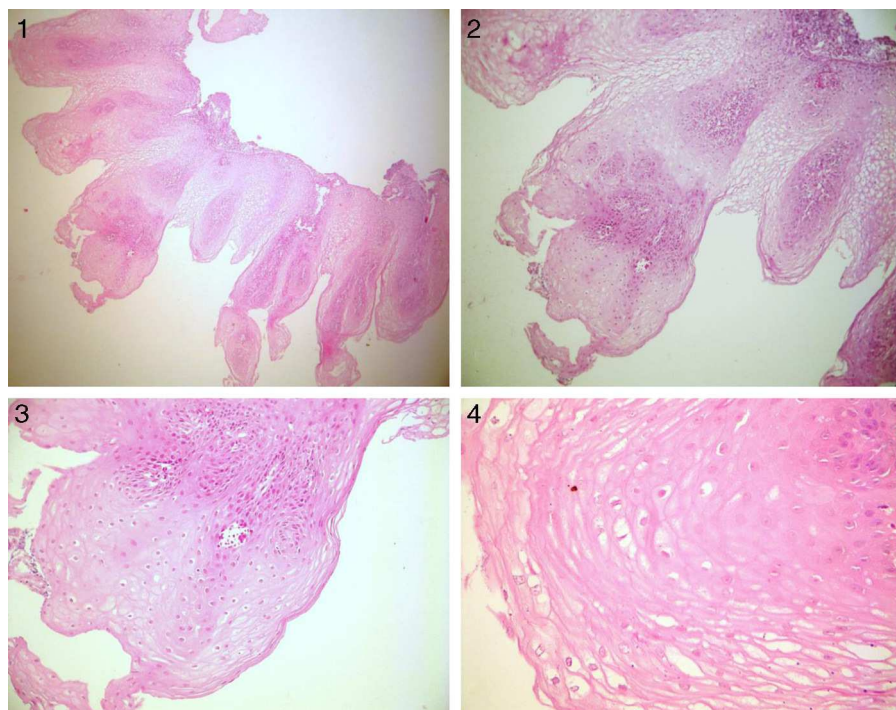


Figura 2 En la imagen 1 y 2, se observa lesión exofítica con tallos fibrovasculares, recubiertos por epitelio escamoso estratificado no queratinizado, hiperplasia de células basales y papilomatosis. En la figura 3, a mayor detalle, datos de papilomatosis e infiltrado inflamatorio crónico leve; por último, en la imagen 4 se aprecian coilocitos.

histológicamente benigna y aunque se realiza la resección completa, la enfermedad recidiva con frecuencia. Por ello se requieren revisiones hasta conocer el patrón evolutivo¹⁰.

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

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bonh O, Navarro L, Saldivar J, et al. Identification of human papillomavirus in esophageal squamous papillomas. *World J Gastroenterol.* 2008;14:7107-11.
2. Adler RH, Carberry DM, Ross CA. Squamous papilloma of esophagus: Association with hiatal hernia. *J Thorac Surg.* 1959;37:625-35.
3. Mosca S, Manes G, Monaco R, et al. Squamous papilloma of the esophagus: Long-term follow up. *J Gastroenterol Hepatol.* 2001;16:857-61.
4. Barbaglia Y, Jiménez F, Tedeschi F, et al. Papiloma esofágico: descripción de un caso, identificación molecular de virus de papiloma humano y revisión de la literatura. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2013;43:231-4.
5. Attila T, Fu A, Gopinath N, et al. Esophageal papillomatosis complicated by squamous cell carcinoma. *Can J Gastroenterol.* 2009;23:415-9.
6. Grube-Pagolo O, Ruíz-Juárez I, Remes-Troche JM. Papiloma escamoso del esófago: un hallazgo endoscópico poco frecuente. *Rev Gastroenterol Mex.* 2011;76:249-50.
7. Szanto I, Szetirmay Z, Banai J, et al. Squamous papilloma of the esophagus. Clinical and pathological observations based on 172 papillomas in 155 patients. *Orv Hetil.* 2005;146:547-52.
8. Hausen Z. Papillomaviruses and cancer: From basic studies to clinical application. *Nat Rev Cancer.* 2002;2:342-50.
9. Politoske EJ. Squamous papilloma of the esophagus associated with the human papillomavirus. *Gastroenterology.* 1992;102:668-73.
10. Poljak M, Orlowska J, Cerar A. Human papillomavirus infection in esophageal squamous cell papillomas: A study of 29 lesions. *Anticancer Res.* 1995;15:965-9.