



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-114 - PÓLIPO FIBROVASCULAR GIGANTE DE ESÓFAGO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

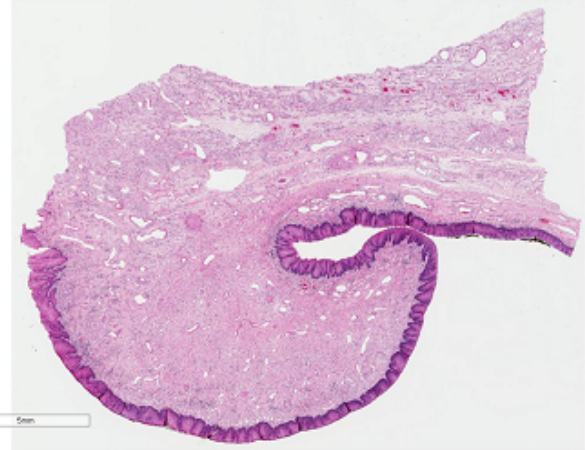
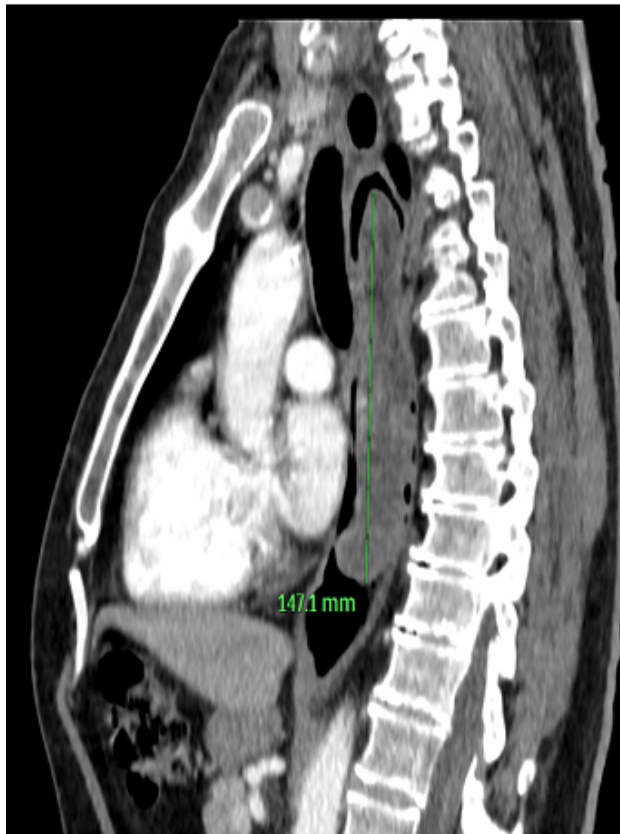
*Fernández Camuñas, Ángel; Gil Rendo, Aurora; Picón Rodríguez, Rafael; Martínez Pinedo, Carlos; Sánchez Peláez, Daniel; Jiménez Higuera, Elisa; Gómez Sánchez, Luis; Martín Fernández, Jesús*

*Hospital General Universitario Ciudad Real, Ciudad Real.*

### Resumen

**Objetivos:** El pólipo fibrovascular esofágico se trata de una lesión benigna poco común, pediculada e intraluminal que presenta una combinación de tejido fibroso, vascular y adiposo cubierto por epitelio escamoso. Representan entre el 0,5-1% de los tumores esofágicos y se originan a nivel subcricoideo, caracterizados por su lento crecimiento hasta alcanzar grandes dimensiones. Predominan en el sexo masculino en edades comprendidas entre la quinta y sexta década de la vida. Inicialmente se presenta de manera asintomática y se manifiesta clínicamente como consecuencia del efecto masa del pólipo al alcanzar tamaños considerables. Entre los síntomas más frecuentes destacan la disfagia, dolor torácico o asfixia por regurgitación oral del pólipo y obstrucción secundaria de la vía aérea. La endoscopia y ecoendoscopia permiten su diagnóstico y valorar las opciones terapéuticas más adecuadas, lo que viene determinado por su tamaño y vascularización, y optándose en la mayoría de los casos por la extirpación quirúrgica con acceso cervical. Caso reportado de nuestro centro en mayo de 2020 seguido de una revisión bibliográfica sobre pólipos fibrovasculares gigantes y su diagnóstico diferencial sin límite de antigüedad.

**Caso clínico:** Paciente varón de 61 años derivado para valoración de lesión esofágica de dos años de evolución y crecimiento progresivo. Refiere disfagia de reciente aparición. La TC evidencia tumoración en pared posterior del esófago cervical y torácico con diámetro máximo cráneo-caudal de 15 cm, que ocupa el 50% de la circunferencia según la gastroscopia. La ecoendoscopia refleja una lesión hipoeocogénica sólida con afectación submucosa y diámetro máximo de 20 mm, sugerente de leiomiomasarcoma. Se realiza PAAF con diagnóstico de tejido necrótico-inflamatorio no valorable. Pensando en una tumoración submucosa, se realizó esofagectomía según técnica de McKeown (acceso abdominal laparoscópico, toracotomía derecha y cervicotomía izquierda), identificándose un tumor intraluminal con pedículo originado a nivel cervical. El paciente fue dado de alta sin incidencias al noveno día postoperatorio. La anatomía patológica de la muestra revela pólipo fibrovascular gigante de esófago de 15 × 3 cm con bordes quirúrgicos libres de lesión y ganglios linfáticos dentro de los límites de la normalidad. Al mes de la cirugía el paciente acude a revisión, refiriendo adecuada tolerancia oral con aumento de plenitud postprandial.



**Discusión:** El pólipo fibrovascular gigante esofágico se presenta como una lesión benigna que clínica y morfológicamente puede confundirse con patologías de carácter neoplásico. El diagnóstico mediante pruebas de imagen y endoscopia no siempre permite determinar el origen del tallo tumoral y la morfología polipoide de la lesión, lo que puede derivar en abordajes terapéuticos agresivos para su exéresis. Es por ello que un adecuado proceso diagnóstico permitirá no solo filiar el origen y morfología de la lesión sino también su estirpe tumoral, lo que precisa de técnicas radiológicas y endoscópicas específicas para su correcto manejo. El tratamiento más aceptado es la extirpación quirúrgica de la lesión a través del esófago cervical, aunque están descritos otros abordajes (transhiatal o torácico) que asocian mayor morbimortalidad. Asimismo, existen casos publicados que defienden el abordaje transoral o endoscópico para lesiones de menor tamaño y vascularización.