

Pólipo fibrovascular esofágico distal: presentación de caso

Distal Esophageal Fibrovascular Polyp: A Case Presentation

Mariana Varela-Alzate,^{1*}  Luisa Fernanda Serna-Vanegas,¹  Laura María Velásquez-Castro,¹  Juan Camilo Rivas-Domínguez,¹ 
Manuela Ramírez-Hurtado,¹  Robin Germán Prieto-Ortiz.² 

ACCESO ABIERTO

Citación:

Varela-Alzate M, Serna-Vanegas LF, Velásquez-Castro LM, Rivas-Domínguez JC, Ramírez-Hurtado M, Prieto-Ortiz RG. Pólipo fibrovascular esofágico distal: presentación de caso. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2025;40(3):380-384.
<https://doi.org/10.22516/25007440.1285>

¹ Estudiante de Medicina, semillero de Investigación de Ciencias Quirúrgicas, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia.

² Médico, especialista en Cirugía general, especialista en Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Centro de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CEHYD), Bogotá, Colombia.

*Correspondencia: Mariana Varela-Alzate.
mariana.varela@utp.edu.co

Fecha recibido: 18/09/2024

Fecha aceptado: 28/10/2024



Resumen

Introducción: los pólipos fibrovasculares son tumores benignos poco frecuentes de la submucosa del esófago que suelen aparecer en el tercio proximal. Pueden alcanzar tamaños significativos y causar diversos síntomas, como disfagia y pérdida de peso. Estas lesiones representan menos del 2% de todos los tumores esofágicos benignos. **Caso clínico:** se presenta el caso de un paciente masculino de 54 años, el cual consultó ante un cuadro de disfagia progresiva y pérdida de peso. Una endoscopia de vías digestivas altas reveló un pólipo a 38 cm de la arcada dentaria. La ecografía endoscópica confirmó un pólipo fibrovascular de 25 mm en el tercio distal del esófago. El paciente fue sometido con éxito a una polipectomía endoscópica mediante una técnica de asa caliente. **Conclusiones:** este caso pone de manifiesto una presentación atípica de un pólipo fibrovascular en el esófago distal, que contrasta con su localización proximal habitual. El manejo exitoso mediante polipectomía endoscópica demuestra la eficacia de este abordaje para pólipos de tamaño moderado en esta localización. Este informe subraya la importancia de considerar los pólipos fibrovasculares en el diagnóstico diferencial de la disfagia, incluso cuando se localizan distalmente, y contribuye al conocimiento clínico de su diagnóstico y manejo.

Palabras clave

Esófago, pólipos, disfagia, resección endoscópica de la mucosa, histología.

Abstract

Introduction: Fibrovascular polyps are rare benign tumors of the esophageal submucosa, typically located in the proximal third. They can reach significant sizes and produce a variety of symptoms, including dysphagia and weight loss. These lesions account for less than 2% of all benign esophageal tumors. **Clinical Case:** We report the case of a 54-year-old male who presented with progressive dysphagia and weight loss. Upper gastrointestinal endoscopy revealed a polyp at 38 cm from the dental arch. Endoscopic ultrasound confirmed a 25-mm fibrovascular polyp in the distal third of the esophagus. The patient underwent successful endoscopic polypectomy using a hot snare technique. **Conclusions:** This case highlights an atypical presentation of a fibrovascular polyp in the distal esophagus, contrasting with its usual proximal location. Successful management through endoscopic polypectomy demonstrates the efficacy of this approach for moderately sized polyps in this location. This report underscores the importance of considering fibrovascular polyps in the differential diagnosis of dysphagia, even when located distally, and contributes to the clinical knowledge regarding their diagnosis and management.

Keywords

Esophagus, polyps, dysphagia, endoscopic mucosal resection, histology.

INTRODUCCIÓN

Los pólipos fibrovasculares son tumores benignos submucosos e intraluminales compuestos por tejido fibroso, adipocitos y estructuras vasculares, y están recubiertos por epitelio escamoso normal. Son tumores extremadamente raros, que representan menos del 2% de todos los tumores benignos del esófago, y sus síntomas más comunes incluyen disfagia, pérdida de peso, odinofagia, sangrado gastrointestinal y síntomas respiratorios. Se ubican con más frecuencia en el tercio proximal del esófago, suelen ser de crecimiento lento y se caracterizan por alcanzar grandes dimensiones: en la literatura se han descrito pólipos que alcanzan hasta 25 cm de longitud⁽¹⁾.

Se presenta el caso de un paciente con un pólipo fibrovascular de gran tamaño, ubicado en el tercio distal del esófago.

CASO CLÍNICO

Un paciente masculino de 54 años de edad acudió al servicio de consulta externa por un cuadro clínico de disfagia progresiva y pérdida de peso. Negó antecedentes de reflujo gastroesofágico, hematemesis o melenas, historia familiar de neoplasias u otras patologías relevantes. En el examen físico no se encontraron alteraciones, y se documentó la ausencia de adenomegalias y de hallazgos positivos en abdomen. Ante el diagnóstico de disfagia, se solicitó una endoscopia de vías digestivas altas, en la cual se observó un pólipo a 38 cm centímetros de las arcadas dentarias (**Figura 1**).

Se solicitó una tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominal (**Figura 2**), que descartó una probable patología neoplásica o lesiones sugestivas de metástasis,

por lo que se solicitó un esofagograma que informó un pólipo esofágico de 25 mm en el esófago distal, con tránsito esofágico normal, sin evidencia de estenosis, dismotilidad u otras alteraciones significativas (**Figura 3**).

Dado el hallazgo endoscópico, se realizó una ultrasonografía endoscópica, que informó hallazgos consistentes con pólipo fibrovascular de igual medida. No se observaron otras masas ni adenopatías en el tracto digestivo superior. El paciente fue llevado a una polipectomía endoscópica con asa caliente, y el diagnóstico se confirmó de forma histológica; la evolución fue adecuada y no presentó reaparición de la masa.

DISCUSIÓN

Los pólipos fibrovasculares son tumores submucosos poco frecuentes que se originan predominantemente en la parte cervical del esófago a nivel de la unión faringoesofágica. Aunque su incidencia real es desconocida, se estima que representan menos del 2% de los tumores benignos de esófago⁽²⁾. Se observan con mayor frecuencia en hombres de mediana edad y ancianos⁽³⁾. Debido a una falta inicial de síntomas, pueden llegar a alcanzar un tamaño considerable, con el tamaño más grande reportado de 25 cm⁽⁴⁾.

Los pólipos fibrovasculares suelen ser completamente asintomáticos y, solo cuando han alcanzado un tamaño considerable, son clínicamente significativos; el 62% de los pacientes pueden presentar disfagia, el 38%, regurgitación de la masa y el 25%, sensación de un nudo persistente en la garganta⁽⁵⁾. Otros síntomas menos frecuentes son las molestias retroesternales, la odinofagia, la disnea, la tos y la pérdida de peso. Es importante mencionar que se han reportado complicaciones graves, tales como hemorragia

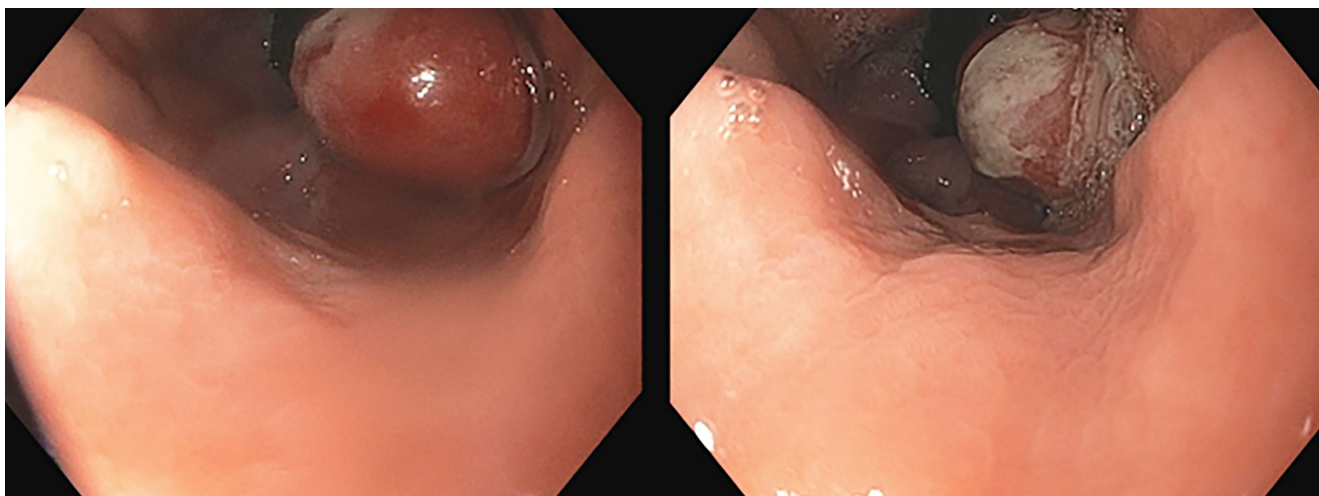


Figura 1. Pólipo localizado a 38 cm de las arcadas dentarias, en vecindad con la línea Z. Imágenes propiedad de los autores.

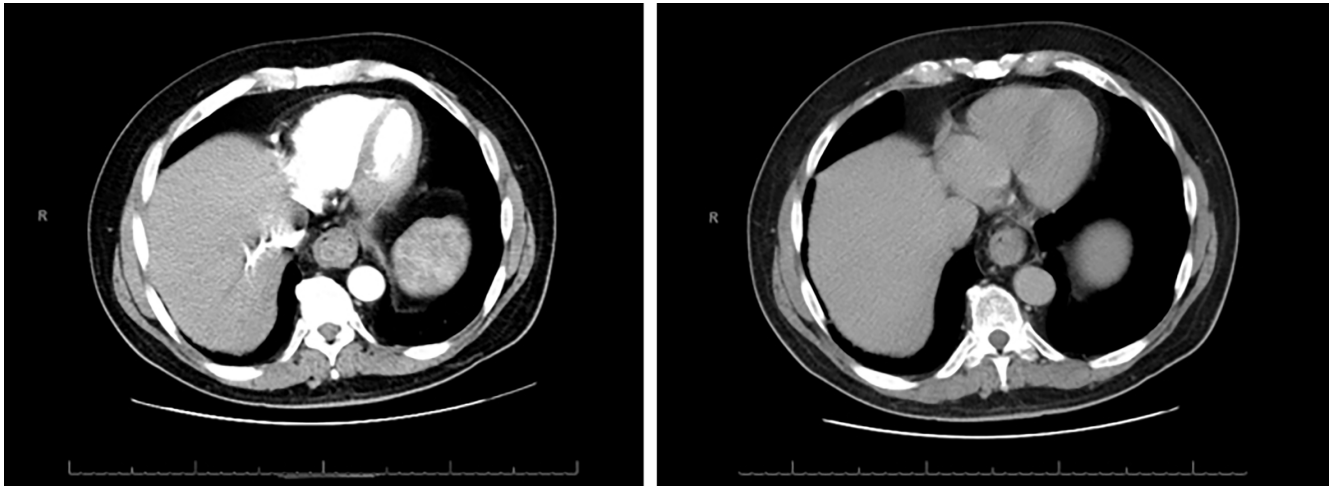


Figura 2. Tomografía axial computarizada que describe la lesión esofágica como un pólipo y descarta lesiones sugestivas de metástasis. Imágenes propiedad de los autores.

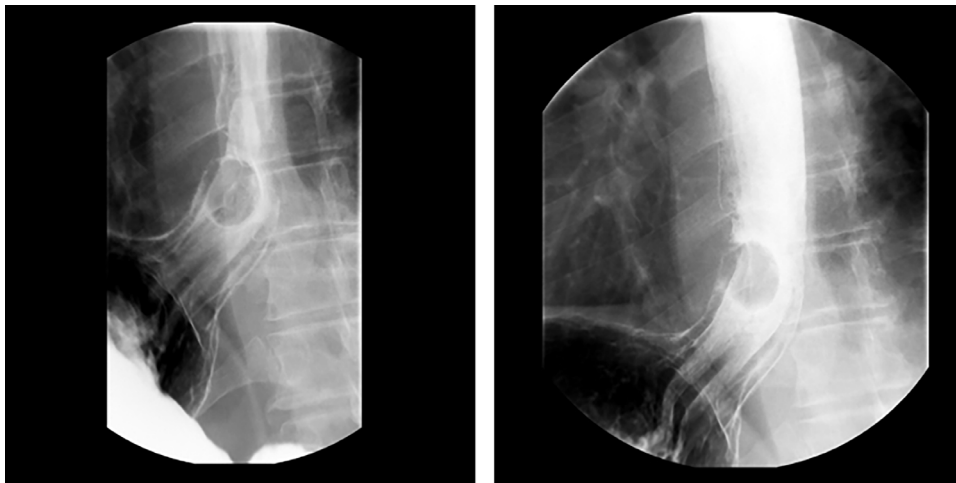


Figura 3. Se observa el pólipo en el tercio distal del esófago. Imágenes propiedad de los autores.

gastrointestinal por ulceración del pólipo e incluso muerte por asfixia^(6,7). La presencia de disfagia y pérdida de peso en el paciente presentado es consistente con la presentación clínica típica de un pólipo fibrovascular descrita en la literatura, a pesar de no presentar otros síntomas comunes.

El diagnóstico de un pólipo fibrovascular esofágico es un proceso complejo que requiere una combinación de técnicas y un enfoque multidisciplinario, ya que estos pólipos pueden confundirse con otras condiciones, como acalasia o tumores mediastinales que causen compresión extrínseca esofágica, lo que subraya la importancia de un diagnóstico preciso⁽⁸⁾.

El proceso diagnóstico debe iniciarse con una anamnesis detallada y una exploración física exhaustiva. Estos pasos iniciales son cruciales para identificar síntomas caracterís-

ticos anteriormente mencionados, que pueden orientar hacia la presencia de un pólipo esofágico. Después deben realizarse estudios más específicos, y el tránsito esofágico o esofagograma es la técnica diagnóstica de elección⁽⁹⁾. Esta prueba típicamente revela un defecto de repleción intraluminal en el esófago cervical, que puede extenderse distalmente. La imagen característica es la de una masa en forma de “salchicha” que se origina en el esófago superior y puede llegar hasta el esófago inferior.

La endoscopia de vías digestivas altas juega un papel fundamental en el diagnóstico, permite observar una masa intraluminal móvil recubierta de mucosa normal, y un examen cuidadoso del esfínter esofágico superior puede revelar el pedículo de la masa. Esta técnica permite la toma de

biopsias, la identificación de zonas ulceradas y, en algunos casos, la resección del pólipo. Sin embargo, el diagnóstico endoscópico puede ser desafiante debido a que el epitelio escamoso que recubre el pólipo puede ser indistinguible de la mucosa esofágica normal⁽¹⁰⁾.

La ecoendoscopia complementa la endoscopia convencional al proporcionar información valiosa sobre la estructura interna del pólipo. Esta técnica es especialmente útil para delimitar el pedículo del pólipo, evaluar su composición histológica y vascularización, e informar sobre una posible infiltración tumoral y la presencia de adenopatías. La ecoendoscopia también permite determinar el origen submucoso del pólipo, lo cual es crucial para el diagnóstico diferencial, como se pudo realizar en nuestro paciente⁽¹¹⁾.

La TAC y la resonancia magnética (RM) son herramientas complementarias valiosas en el proceso diagnóstico. Estas técnicas de imagen avanzada proporcionan información detallada sobre la extensión y composición del pólipo. La RM del cuello y tórax en particular puede ser decisiva para el planeamiento del tratamiento, ya que permite demostrar con precisión el origen del pedículo y la composición del pólipo⁽¹¹⁾. Además, estas técnicas son útiles para descartar la posibilidad de compromiso mediastinal y para la evaluación prequirúrgica.

Es importante destacar que las biopsias endoscópicas pueden no ser concluyentes debido a la naturaleza submucosa de la lesión. Por tanto, el diagnóstico definitivo se establece mediante el examen histopatológico de la pieza resecada. Este análisis revela la presencia de tejido fibrovascular cubierto por epitelio escamoso normal, lo que confirma la naturaleza benigna del pólipo⁽¹¹⁾, como ocurrió en nuestro paciente.

El tratamiento de los pólipos fibrovasculares es la resección quirúrgica o endoscópica, dependiendo fundamentalmente de la zona de inserción del pedículo, del tamaño de la lesión, de su movilidad y de la cantidad de vasos que la nutren. Los 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, ya que la hemostasia se logra de forma más segura mediante técnicas quirúrgicas abiertas⁽¹²⁾. La resección quirúrgica se prefiere

debido al riesgo potencial de compromiso respiratorio y hemorragia, además de servir para excluir el cáncer y evitar el pequeño riesgo de degeneración maligna⁽¹³⁾.

En los pólipos mayores de 8 cm de largo o aquellos con un pedículo grueso, ricamente vascularizados y que se originen en el tercio superior del esófago, se prefiere como intervención principal la resección quirúrgica por esofagectomía cervical. La esofagectomía total se reserva para casos más graves. La toracotomía se considera en lesiones más caudales o de mayor tamaño. Por lo general, los pólipos de menos de 2 cm de diámetro con pedículos finos pueden extirparse mediante ligadura endoscópica del pedículo y electrocauterización, como se realizó en el paciente del caso clínico^(13,14).

El procedimiento permitió extirpar completamente el pólipo fibrovascular esofágico. Luego de la intervención, el paciente mostró una recuperación favorable. En el seguimiento posoperatorio no se detectó la reaparición de la masa tumoral, y el paciente no presentó complicaciones como sangrado, perforación o infección del sitio quirúrgico.

CONCLUSIONES

Los pólipos fibrovasculares son una patología inusual que se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes adultos que presentan disfagia. El diagnóstico se realiza mediante endoscopia de vías digestivas altas y se confirma histológicamente. Se deben realizar exámenes complementarios como tomografía y ultrasonografía endoscópica. La resección endoscópica es la mejor opción terapéutica.

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Agradecimientos

Los autores expresan su sincero agradecimiento al Semillero de Investigación de Ciencias Quirúrgicas de la Universidad Tecnológica de Pereira por su contribución en la elaboración de este reporte de caso.

REFERENCIAS

1. Drenth J, Wobbes T, Bonenkamp JJ, Nagengast FM. Recurrent esophageal fibrovascular polyps: case history and review of the literature. *Dig Dis Sci*. 2002;47(11):2598-604. <https://doi.org/10.1023/A:1020592900552>
2. Borges A, Bikhazi H, Wensel JP. Giant fibrovascular polyp of the oropharynx. *AJNR Am J Neuroradiol*. 1999;20(10):1979-82.
3. 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;127(4):485-7. <https://doi.org/10.5858/2003-127-0485-GFPOTE>
4. Blacha MM, Sloots CE, Van Munster IP, Wobbes T. Dysphagia caused by a fibrovascular polyp: a case report.

- Cases J. 2008;1(1):334.
<https://doi.org/10.1186/1757-1626-1-334>
5. Caceres M, Steeb G, Wilks SM, Garrett HE Jr. Large pedunculated polyps originating in the esophagus and hypopharynx. *Ann Thorac Surg.* 2006;81(1):393-6.
<https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2005.05.106>
 6. Ramalho LN, Martin CC, Zerbini T. Sudden death caused by fibrovascular esophageal polyp: case report and study review. *Am J Forensic Med Pathol.* 2010;31(1):103-5.
<https://doi.org/10.1097/PAF.0b013e3181c6bec2>
 7. Lee SY, Chan WH, Sivanandan R, Lim DT, Wong WK. Recurrent giant fibrovascular polyp of the esophagus. *World J Gastroenterol.* 2009;15(29):3697-700.
<https://doi.org/10.3748/wjg.15.3697>
 8. Weiland G, Knipping L, Mangold G. Der fibrovasculäre Oesophaguspolyp--Diagnostik und Therapie [Fibrovascular esophageal polyp--diagnosis and therapy]. *Chirurg.* 2001;72(7):847-52.
<https://doi.org/10.1007/s001040170116>
 9. Ozcelik C, Onat S, Dursun M, Arslan A. Fibrovascular polyp of the esophagus: diagnostic dilemma. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2004;3(2):260-2.
<https://doi.org/10.1016/j.icvts.2003.11.013>
 10. Palacios F, Contardo C, Guevara J, Verá A, Aguilar L, Huamán M, et al. Pólipo fibrovascular gigante de esófago. *Rev Gastroenterol. Perú.* 2003;23(3):213-216.
<https://doi.org/10.47892/rgp.2003.233.783>
 11. Ćuk V, Knežević-Ušaj S, Ignjatović M, Kostić Z, Tarabar D, Kovačević B, et al. Giant esophageal fibrovascular polyp with clinical behaviour of inflammatory pseudotumor: a case report and the literature review. *Vojnosanit Pregl* 2014;71:784-91.
<https://doi.org/10.2298/VSP130219058C>
 12. Benedicto-Hernández E, Serrano-Puche F, Martos-Fornieles JA, López-Espejo J, González-Almendros I. Pólipo fibrovascular esofágico. *Rev Argent Radiol.* 2024;88(2):85-88.
<https://doi.org/10.24875/RAR.22000096>
 13. Madeira FP, Justo JW, Wietzycoski CR, Burtet LM, Krueel CD, da Rosa AP. Giant fibrovascular polyp of the esophagus: a diagnostic challenge. *Arq Bras Cir Dig.* 2013;26(1):71-3.
<https://doi.org/10.1590/S0102-67202013000100017>
 14. 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.
<https://doi.org/10.1186/1752-1947-2-337>