

PÓLIPO FIBROVASCULAR GIGANTE DO ESÔFAGO: DESAFIO DIAGNÓSTICO*Giant fibrovascular polyp of the esophagus: a diagnostic challenge*Filipe P. **MADEIRA**, Jonatan William R. **JUSTO**, Cacio R. **WIETZYCOSKI**,
Lucas M. **BURTET**, Cleber Dario Pinto **KRUEL**, André Pereira da **ROSA**

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Digestiva, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Correspondência:Cleber Dario Pinto Kruel,
e-mail: cdkruel@yahoo.com.brFonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não háRecebido para publicação: 01/02/2012
Aceito para publicação: 11/12/2012**INTRODUÇÃO**

Pólipos fibrovasculares do esôfago são tumores benigno raros, com pouco mais de 100 casos relatados na literatura. São pedunculados e intraluminais, recobertos por mucosa normal e composto por tecidos vascular, fibroso e adiposo³. Origina-se geralmente do terço proximal do esôfago e podem atingir grandes dimensões. Os sintomas só aparecem quando o pólipo se torna grande. Existem relatos de morte súbita por asfixia após regurgitação da lesão¹¹. A incidência é maior em homens de 50 a 60 anos^{3,10}. Em vista dos sintomas debilitantes e do risco de asfixia destas lesões, a ressecção é indicada, e normalmente realizada por meio de esofagotomia cervical³. Ressecção endoscópica é reservada para casos de pólipos pequenos.

RELATO DO CASO

Foram coletados dados do prontuário do paciente após autorização escrita e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Homem de 47 anos, veio ao ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HCPA com queixa de disfagia para líquidos e sólidos, odinofagia e regurgitação, com cerca de seis meses de evolução. Endoscopia digestiva alta mostrava extensa dilatação esofágica, sem lesões luminas ou estenose. Radiografia contrastada de esôfago, estômago e duodeno apresentou dilatação de esôfago torácico, sem sinais de estenose de esôfago inferior, ou hérnia hiatal. Foram solicitadas sorologia para Chagas e manometria esofágica para

a investigação de megaesôfago chagásico e acalásia. Retornou com piora da disfagia, regurgitações mais freqüentes com perda de 18 kg em poucos meses. A sorologia para Chagas foi negativa e a manometria mostrava esfíncter esofágico inferior normotônico, com relaxamento incompleto; corpo esofágico com aperistalse. Foi realizada também pHmetria que não evidenciou refluxo patológico. Frente ao diagnóstico de acalásia, foi realizada esofagomiotomia de Heller e funduplicatura a Dor por videolaparoscopia. O paciente evolui bem, porém permaneceu alimentando-se somente com líquidos, tendo alívio apenas parcial da disfagia, necessitando de sonda nasointérica para nutrição adequada.

Nova endoscopia (Figura 1) após cinco meses evidenciou abaulamento importante da luz, não permitindo a distensão adequada do órgão, que se estendia até cerca de 3 cm da transição esofagogastrica. A conclusão foi aspecto sugestivo de hematoma intramural esofágico, ou compressão extrínseca. Estudo radiográfico mostrou aumento do megaesôfago e imagem sugestiva de tampão alimentar no esôfago distal. Nova endoscopia após sete meses visualizou lesão oblonga logo abaixo do esfíncter esofágico superior, cuja biópsia em superfície ulcerada a 25 cm da arcada dentária superior mostrou neoplasia fusocelular de provável causa mesenquimal. Tomografia computadorizada de tórax mostrou esôfago distendido, heterogêneo até a cárdia, comprimindo estruturas adjacentes. Devido à presença de doença esofágica avançada, sem melhora após esofagomiotomia e ainda, suspeita de neoplasia mesenquimal (GIST), foi indicada esofagectomia com levantamento gástrico. A operação foi realizada por abordagem transtorácica, sem intercorrências. Na retirada da peça, visualizou-se pólipo gigante pedunculado, intraluminal (Figura 2), que se originava próximo ao esfíncter esofágico superior e se projetava por todo o corpo esofágico com cerca de 23 cm de comprimento e até 9 cm no maior diâmetro (Figura 3). O exame anatomopatológico evidenciou pólipo fibrovascular de esôfago.

No 3º dia pós-operatório, paciente evoluiu com pneumotórax e atelectasia, sendo submetido à fibrobroncoscopia e colocação de dreno de tórax. No 7º dia foi realizada radiografia contrastada, que demonstrou bom trânsito e ausência de extravasamento

de contraste. Teve alta no 15º dia com boa aceitação de dieta. Em seguimento de três meses estava assintomático recuperando 11 kg.

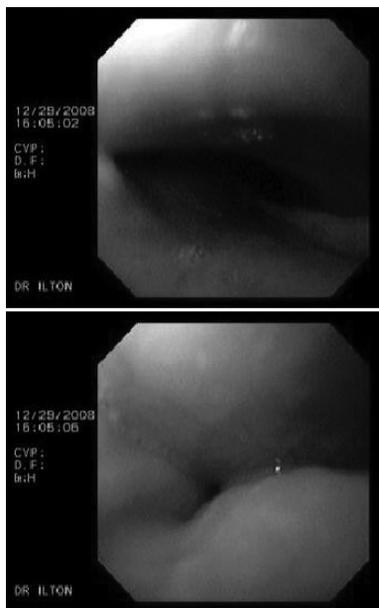


FIGURA 1 - Endoscopia digestiva alta após realização de esofagomiectomia e funduplicatura, mostrando abaulamento da mucosa esofágica



FIGURA 2 - Aspecto macroscópico da lesão após a retirada da peça e incisão longitudinal da parede esofágica, com 23 cm de comprimento e 9 cm de diâmetro

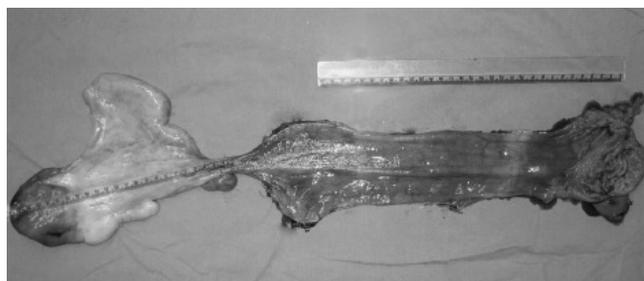


FIGURA 3 - Aspecto macroscópico após rebatimento da lesão para fora do esôfago, mostrando aspecto normal da mucosa esofágica e origem do pólipos em região proximal do esôfago

DISCUSSÃO

Tumores benignos do esôfago são relativamente raros. Dentre eles, apenas 1-2% são pólipos fibrovasculares gigantes^{3,11}. Segundo sua localização, os tumores esofágicos benignos são divididos em intramurais, extramurais, e intraluminais. Dentre os intraluminais, os pólipos fibrovasculares são os mais comuns. Ele consiste de uma rede de tecido lipomatoso em conjunto com tecido conjuntivo denso ou frouxo, entremeado por uma rede de vasos, e coberto por epitélio escamoso^{2,9}.

Normalmente estes pólipos surgem do esôfago cervical, inferiormente ao músculo cricofaríngeo, no triângulo de Laimer^{3,8,12,13}. As pregas de mucosa redundante da região supracitada resultam em uma formação polipóide. A atividade peristáltica do esôfago, por meio de tração constante ao longo dos anos, leva ao crescimento desta lesão¹¹. Acredita-se que tenham baixa capacidade de transformação maligna³.

Os pólipos fibrovasculares têm comportamento indolente, de forma que, com sua taxa de crescimento lenta, estas lesões podem chegar a massas de grande volume sem, contudo, desenvolver sintomas ao longo de muitos anos. Quando aparecem, tendem a ser inespecíficos^{2,4,6,7,8,11,13,14}. Contudo, o sintoma mais característico é a regurgitação de lesão vultuosa para dentro da cavidade oral^{9,10,11}. É infrequente e temida, podendo obstruir a laringe e asfixiar o paciente¹¹.

Para fins de investigação diagnóstica, estudos com bário são comumente usados^{2,4,5,11,15}. Porém, deve ser ressaltado que eles têm baixa sensibilidade para demonstrar o pedículo da lesão⁵. No caso relatado, a radiografia não demonstrou a lesão; no entanto, sugeriu obstrução por corpo estranho no esôfago distal, o que na verdade era o próprio pólipo se projetando intraluminalmente. A endoscopia visualiza massa polipóide, alongada, emergindo do terço superior do esôfago^{1,7,8,13,15}; contudo, devido ao epitélio escamoso que cobre a lesão ela pode ser inconclusiva ou falso negativa^{6,12,14}. O ultrassom endoscópico pode ser útil como exame de imagem adjunto, na medida em que fornece informações sobre o tamanho, origem da lesão e sobre a vascularização do pólipo, auxiliando inclusive na definição da massa intraluminal¹³. Ele não foi realizado neste caso pois não se dispunha no serviço. A tomografia e ressonância magnética são mais precisas na avaliação destas lesões^{2,4,5,7,12}. Esta é considerada ferramenta adjunta que pode ser útil tanto para diagnóstico, como para planejamento cirúrgico^{3,15}.

Apesar do comportamento benigno dos pólipos fibrovasculares, a ressecção é normalmente recomendada¹¹. Existem duas opções: ressecção endoscópica ou cirúrgica, baseadas no tamanho da lesão e nos vasos que a nutrem. Normalmente pólipos com menos de 2 cm de diâmetro e com pedículos finos podem ser removidos por meio de ligadura e



eletrocauterização do pedículo¹⁰. Já a ressecção cirúrgica é preferida em tamanhos maiores por esofagotomia cervical. No caso relatado, a lesão possuía mais de 20 cm, praticamente excluindo qualquer possibilidade de ressecção por via endoscópica¹. Toracotomia é considerada para lesão mais caudal, ou lesões maiores, obtendo-se assim melhor manejo de possível sangramento transoperatório^{4,8,15}. Esofagectomia pode utilizada em tumoração muito volumosa⁶ ou na dúvida de comportamento benigno¹². No caso relatado, optou-se por esofagectomia pois o paciente já possuía doença esofágica avançada, dilatação e aperistalse, associada à suspeita de neoplasia mesenquimal

REFERÊNCIAS

1. Ascenti G, Racchiusa S, Mazziotti S, Bottari M, Scribano E. Giant fibrovascular polyp of the esophagus: CT and MR findings. *Abdom Imaging*. 1999 Mar-Apr;24(2):109-10.
2. Blacha MM, Sloots CE, Van Munster IP, Wobbles T. Dysphagia caused by a fibrovascular polyp: a case report. *Cases J*. 2008 Nov 19;1(1):334.
3. Caceres M, Steeb G, Wilks SM, Garrett HE Jr. Large pedunculated polyps originating in the esophagus and hypopharynx. *Ann Thorac Surg*. 2006 Jan;81(1):393-6.
4. Chourmouzi D, Drevelegas A. Giant fibrovascular polyp of the oesophagus: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep*. 2008 Oct 28;2:337.
5. Jang KM, Lee KS, Lee SJ, Kim EA, Kim TS, Han D, Shim YM. The spectrum of benign esophageal lesions: imaging findings. *Korean J Radiol*. 2002 Jul-Sep;3(3):199-210.
6. Kanaan S, DeMeester TR. Fibrovascular polyp of the esophagus requiring esophagectomy. *Dis Esophagus*. 2007;20(5):453-4.
7. Kim TS, Song SY, Han J, Shim YM, Jeong HS. Giant fibrovascular polyp of the esophagus: CT findings. *Abdom Imaging*. 2005 Nov-Dec;30(6):653-5.
8. Lee SY, Chan WH, Sivanandan R, Lim DT, Wong WK. Recurrent giant fibrovascular polyp of the esophagus. *World J Gastroenterol*. 2009 Aug 7;15(29):3697-700.
9. Paczona R, Ivan L, Jori J, Ivanyi B. Peroral endoscopic removal of a regurgitated giant polisegmented fibrovascular polyp of the esophagus. *Diagn Ther Endosc*. 2001;7(3-4):197-201.
10. Paik HC, Han JW, Jung EK, Bae KM, Lee YH. Fibrovascular polyp of the esophagus in infant. *Yonsei Med J*. 2001 Apr;42(2):264-6.
11. Sargent RL, Hood IC. Asphyxiation caused by giant fibrovascular polyp of the esophagus. *Arch Pathol Lab Med*. 2006 May;130(5):725-7.
12. Schuhmacher C, Becker K, Dittler HJ, Höfler H, Siewert JR, Stein HJ. Fibrovascular esophageal polyp as a diagnostic challenge. *Dis Esophagus*. 2000;13(4):324-7.
13. Solerio D, Gasparri G, Ruffini E, Camandona M, De Angelis C, Raggio E, Dei Poli M. Giant fibrovascular polyp of the esophagus. *Dis Esophagus*. 2005;18(6):410-2.
14. Somani BK, Sivalingam S, Sreenivasan L, Collins FJ. Giant fibrovascular polyp of the oesophagus. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2005 Oct;28(4):643.
15. Yannopoulos P, Manes K. Giant fibrovascular polyp of the esophagus - imaging techniques can localize, preoperatively, the origin of the stalk and designate the way of surgical approach: a case report. *Cases J*. 2009 Jun 26;2:6854.

