

Controle endoscópico de papilomatose esofágica extensa sem indicação para tratamento endoscópico

Endoscopic surveillance of extensive esophageal papillomatosis not amenable to endoscopic therapy

Angelo Paulo Ferrari¹, Fernanda Prata Martins¹

RESUMO

Apresentamos dois casos de papilomatose esofágica, lesão raramente relatada, que pode levar à disfagia, e que não teve melhora após tratamento endoscópico. Ambos os pacientes recusaram cirurgia e foram acompanhados por até 3 anos, sem alterações clínicas ou endoscópicas importantes.

Descritores: Endoscopia; Papiloma; Neoplasias esofágicas; Esôfago/ patologia; Relatos de casos

ABSTRACT

We present two cases of esophageal papillomatosis, a very rare reported disease leading to dysphagia and did not improve after endoscopic treatment. Both patients refused surgery and they were followed-up for 3 years, but no significant clinical or endoscopic changes were seen.

Keywords: Endoscopy; Papilloma; Esophageal neoplasms; Esophagus/ pathology; Case reports

INTRODUÇÃO

A papilomatose esofágica é um tumor benigno do esôfago com prevalência estimada em até 0,45%,^(1,2) encontrado em pacientes assintomáticos e com apresentação singular com aparência de verrugas exofíticas. A papilomatose esofágica, por outro lado, tem sido raramente encontrada e, até os dias de hoje, poucos casos foram relatados.^(1,3,4) Apresentamos dois casos em que os pacientes recusaram cirurgia e que foram seguidos com endoscopia periódica.

RELATO DE CASO

Caso 1

Paciente do sexo feminino, 74 anos de idade com queixa nos últimos 6 meses de disfagia recorrente durante a deglutição de alimentos sólidos que apresentava melhora com o consumo de líquidos. O histórico médico da paciente foi positivo para hipertensão arterial média, sem nenhuma outra comorbidade relevante. Ela relatou consumir bebida alcoólica socialmente e ser tabagista. Nos primeiros 4 meses após o início dos sintomas, a paciente perdeu cerca de 3kg, mas seu peso permaneceu estável. A primeira endoscopia superior (fevereiro de 2014) revelou lesão papilar extensiva (aproximadamente 7 a 8cm) ocupando o terço médio do esôfago (Figura 1). A introdução do endoscópio de diagnóstico foi difícil e levou a algumas lacerações na mucosa (Figura 2). O aspecto da lesão remetia ao de um tumor de colón de expansão lateral. O sistema de imagem de banda estreita não mostrou mudanças vasculares significantes (Figura 3). As biópsias mostraram hiperplasia papilar com paraqueratose e hiperqueratose, associada com exocitose neutrofílica, sem sinais de displasia, neoplasia ou invasão. O procedimento endoscópico terapêutico foi descartado, devido à extensão da lesão e pelo fato de a paciente ter recusado a cirurgia. A endoscopia superior foi repetida em cinco ocasiões diferentes (março e novembro de 2014, fevereiro e novembro 2015). Em cada procedimento, o aspecto endoscópico não apresentou mudanças significativas em relação à extensão da lesão e à dificuldade em passar

¹ Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Angelo Paulo Ferrari Junior – Avenida Albert Einstein, 627/701 – Morumbi – Zip code: 05652-900 – São Paulo, SP, Brasil – Tel.: (11) 2151-9884 – E-mail: angelo.ferrari@einstein.br

Data de submissão: 25/10/2016 – Data de aceite: 29/1/2017

DOI: 10.1590/S1679-45082017RC3905



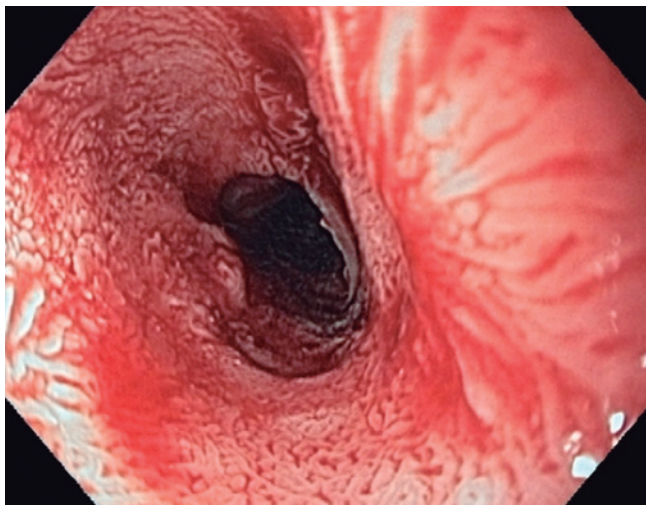


Figura 1. Lesão papilar extensiva envolvendo toda a circunferência do esôfago na paciente 1

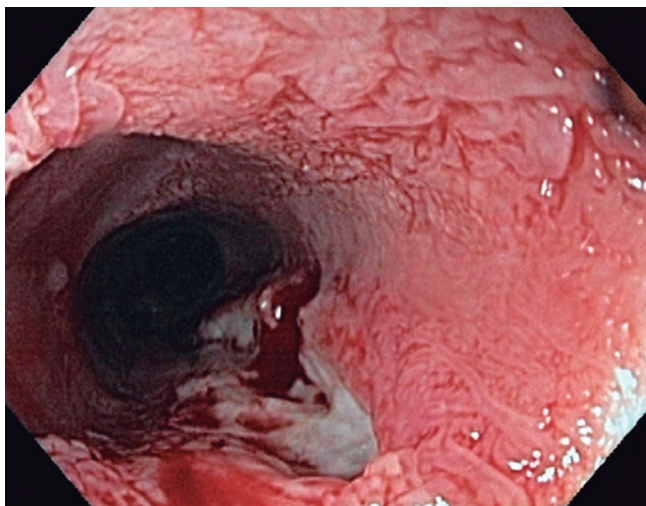


Figura 2. Laceração da mucosa após passagem de gastroscópio na paciente 1

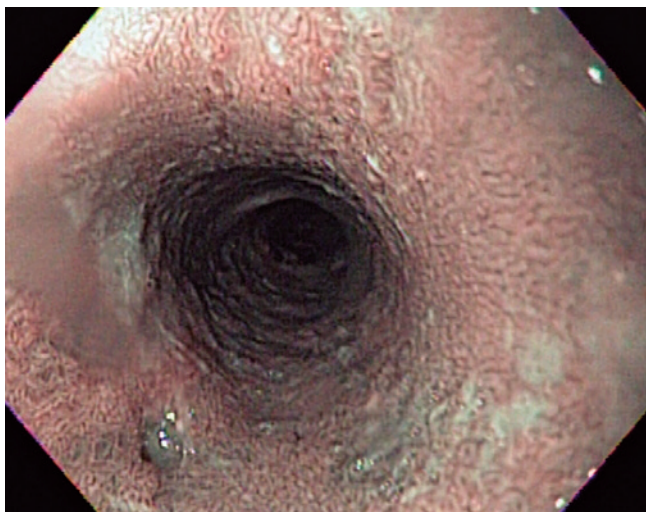


Figura 3. Imagem em banda estreita da paciente 1 mostrando padrão vascular normal e regular

gastroscopia ao longo da lesão. Múltiplas biópsias conduzidas em cada procedimento não mostraram achados histológicos diferentes, e nenhuma delas revelou sinais de displasia ou neoplasia.

Caso 2

Paciente do sexo feminino de 73 anos de idade com histórico de disfagia, e diabetes leve controlado com medicamento e dieta. A paciente foi encaminhada para realizar endoscopia. Ela admitiu beber socialmente, mas negou ser tabagista. No procedimento, notou-se lesão papilar no terço médio do esôfago com cerca de 10 a 11cm, proximamente envolvendo parte da circunferência, porém progressivamente envolvendo toda a circunferência (Figura 4). O esôfago distal estava normal. Biópsias mostraram o mesmo aspecto de papilomatose esofágica observada no paciente 1. A paciente 2 recusou tratamento cirúrgico e foi submetida à endoscopias a cada 6 meses por 3 anos, não sendo observadas mudanças nos aspectos endoscópicos e histológicos.

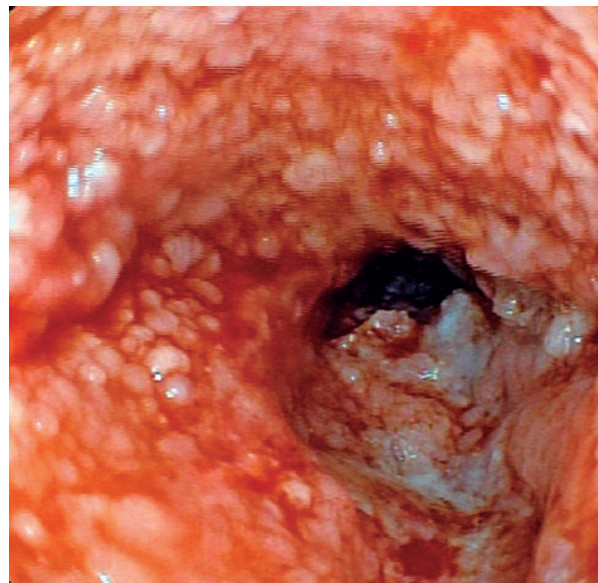


Figura 4. Lesão envolvendo toda circunferência do esôfago

DISCUSSÃO

Acredita-se que a papilomatose esofágica esteja associada ao papilomavírus humano ou à irritação crônica da mucosa,^(2,5) mas esta associação é considerada controversa. Sendo uma lesão facilmente reconhecida, os papilomas esofágicos são removidos endoscopicamente sem dificuldade, com acessórios diferentes (fórceps para biópsia ou laços), dependendo do tamanho da lesão. Há ocorrência de recidiva. Além disto, tais lesões têm sido consideradas com potencial de malignidade.^(2,6)

A papilomatose esofágica foi descrita pela primeira vez em 1995,⁽⁷⁾ associada com adenocarcinoma. A etiologia da papilomatose não é definida e múltiplos fatores têm sido associados com esta doença: papilomavírus humano, refluxo gastroesofágico, terapias endoscópicas esofágicas (escleroterapia, dilatação e *stents*). Com exceção do papilomavírus que não foi avaliado em nossas duas pacientes, outros fatores estavam ausentes, com exceção do tabagismo, que pode ser considerado um fator de contribuição pouco descrito na literatura.

Apesar da principal recomendação ser a remoção das lesões de papiloma, em nossos casos, devido à lesão estender-se por muitos centímetros e, portanto, envolver toda a circunferência do esôfago, esta recomendação foi considerada impossível. A esofagectomia total foi proposta para ambas as pacientes, alertadas quanto ao risco de desenvolvimento de carcinoma. Em relação ao risco, ambas escolheram continuar vigilância endoscópica regular, que acontece a cerca de 3 anos. No entanto, não foram observados achados clínicos, endoscópicos e histológicos. Para otimizar o reconhecimento da neoplasia, a imagem em banda estreita tem sido aplicada em todas as endoscopias para localizar padrões vasculares anormais. Recentemente, ambas as pacientes realizaram tomografia computadorizada do

torax e não se observou qualquer sinal de envolvimento das áreas fora do esôfago. Ademais, não observaram-se linfonodos.

A possibilidade de realizar ultrassom endoscópico foi discutida, mas, pela a dificuldade de passar o gastroscópio e de algumas lacerações na mucosa, evitou-se a ecoendoscopia.

REFERÊNCIAS

1. Szántó I, Szentirmay Z, Banai J, Nagy P, Gonda G, Vörös A, et al. [Squamous papilloma of the esophagus. Clinical and pathological observations based on 172 papillomas in 155 patients]. *Orv Hetil.* 2005;146(12):547-52. Hungarian.
2. Tsai SJ, Lin CC, Chang CW, Hung CY, Shieh TY, Wang HY, et al. Benign esophageal lesions: endoscopic and pathologic features. *World J Gastroenterol.* 2015;21(4):1091-8. Review.
3. Park SH, Bang BW, Kim HG, Shin YW, Kim L. A case of esophageal squamous papillomatosis. *Korean J Intern Med.* 2012;27(2):243.
4. Tanimu S, Rafiullah, Resnick J, Onitilo AA. Oesophageal papillomatosis, not amenable to endoscopic therapies, treated with oesophagectomy. *BMJ Case Rep.* 2014;2014. pii: bcr2013200195.
5. Poljak M, Orłowska J, Cerar A. Human papillomavirus infection in esophageal squamous cell papillomas: a study of 29 lesions. *Anticancer Res.* 1995;15(3):965-9.
6. Al Juboori AM, Afzal Z, Ahmed N. Esophageal squamous cell papilloma: a not-so-rare cause of dysphagia. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2015;11(12):815-6.
7. Reed PA, Limauro DL, Brodmerkel GJ Jr, Agrawal RM. Esophageal squamous papilloma associated with adenocarcinoma. *Gastrointest Endosc.* 1995;41(3):249-51.