

Resección endoscópica de lesión polipoide fibrovascular multilobulada en zona compleja de hipofaringe

Endoscopic resection of a multilobulated fibrovascular polyp in a complex area of hypopharynx

Angélica M. González-Saucedo*, Mauro E. Ramírez-Solís, Cesar Juarrieta-Rico, Raúl U. Aguilar-Moreno, Daniel M. Escobedo-Paredes, Pablo G. Soc-Choz y Angélica I. Hernández-Guerrero

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México, México

Caso clínico

Masculino de 70 años de edad con antecedente de dislipidemia e hipertensión arterial sistémica. Refiere 4 meses con disfagia orofaríngea, inicialmente a sólidos que progresa a líquidos (grado 3), así como náuseas y sensación de cuerpo extraño a nivel de la hipofaringe.

Se realiza esofagogastroduodenoscopia, con los siguientes hallazgos:

Hipofaringe: Pared posterior y laterales con mucosa de aspecto normal. Senos piriformes de aspecto normal. A nivel del cricofaríngeo (16 cm de los IS) justo por debajo del seno piriforme derecho, se observa base de pólipo pediculado que dificulta ligeramente el paso del endoscópico, el cual tiene una longitud de aproximadamente 5 cm, con pedículo de 8 mm de diámetro, con mucosa de características normales y consistencia blanda con la pinza de biopsia. Laringe: Epiglotis y repliegues aritenopiglóticos sin alteraciones. Cuerdas vocales simétricas con adecuada coaptación, espacio ventricular bilateral conservado.

Terapéutica

Se introduce asa caliente de polipectomía simétrica de 15 mm de diámetro y se coloca el asa hasta la base

del pólipo a nivel del cricofaríngeo. El pólipo se invierte hacia la hipofaringe introduciéndose en la laringe, por lo que se introduce panendoscopia pediátrica y se sujeta el pólipo con una pinza de biopsia. Se realiza la polipectomía con energía monopolar en modalidad ENDOCUT 3. Se revisa lecho de la resección sin observar lesión residual, sangrado o perforación y se extrae el espécimen con canastilla de Dormia.

Patología

Espécimen ovoide, multilobulado, de color amarillo claro homogéneo, con longitud de 5 cm y diámetro máximo de 1.5 cm. Reporte histopatológico: Pólipo laríngeo hialinizado con infiltración adiposa.

Evolución

El paciente fue egresado a domicilio posterior al estudio con ligero dolor en la región de hipofaringe que no requirió manejo con analgésicos y remitió en 24 horas.

Con remisión de la disfagia, no presentó complicaciones durante el procedimiento ni posterior al mismo (seguimiento de 10 días).

Correspondencia:

*Angélica M. González-Saucedo

E-mail: meli.14gs@gmail.com

0188-9893/© 2020. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 31-07-2020

Fecha de aceptación: 14-08-2020

DOI: 10.24875/END.M20000224

Endoscopia. 2020;32(Supl 2):147-147

www.endoscopia-ameg.com

Discusión

El pólipo fibrovascular esofágico, es un tumor epitelial benigno raro. Representa <2 % de los tumores benignos de esófago. Más frecuente entre 60-70 años.

El síntoma más frecuente es disfagia. Otros: dolor retrosternal, tos, odinofagia, hemorragia, regurgitación c/sin obstrucción laríngea.

Diagnóstico endoscópico

Pólipo pediculado, de consistencia blanda, con mucosa de características normales o eritematosa.

85-90% se localizan en hipofaringe/tercio superior de esófago. Tamaño de hasta de 25 cm de longitud.

Patología

Tejido fibroso, con vasos sanguíneos, áreas focales de inflamación crónica y adipocitos, cubiertos por epitelio escamoso.

Tratamiento

resección endoscópica o quirúrgico (riesgo de recurrencia de hasta el 50%).