

## POLIP FIBROVASCULAR ESOFAGIAN GIGANT – CAZ CLINIC

### GIANT ESOPHAGEAL FIBROVASCULAR POLYP – CASE REPORT

Nicolae GLADUN, Roman BODRUG, Sergiu UNGUREANU, Corneliu LEPADATU

Catedra Chirurgie, Facultatea Perfecționarea Medicilor, USMF „Nicolae Testemițanu”

#### Rezumat

Prezentăm un caz de polip fibrovascular esofagian gigant la o pacientă în vârstă de 70 ani. Pacienta prezenta acuze la disfagie și regurgitare a unui corp cărnos lung ulterior înghițit sau redus manual în gât. Descriem dificultăți apărute în diagnosticul preoperator și complicațiile postoperatorii survenite. Prezentăm acest caz din cauza rarității patologiei date și specificității simptomelor clinice.

#### Summary

We describe a case of a giant esophageal fibrovascular polyp in a 70-years-old female patient. She had symptoms of dysphagia, regurgitation of a fleshy mass into the mouth, which disappeared on swallowing. Difficulties in preoperative diagnosis and postoperative complications were discussed. We present this case because of rarity and emphasize the clinical presentation.

#### Introducere

Polipi esofagieni fibrovasculari sunt tumori rare. La momentul actual în literatura mondială sunt raportate 110 cazuri<sup>1</sup>. Sinonimele includ fibrom, fibrolipom, lipom pediculat, fibromixom și polip fibroepitelial. În 80% această tumoare apare imediat distal de la nivelul mușchiului cricofaringean și se dezvoltă ulterior ca o tumoare intramurală sau intraluminală, uneori având ambele componente<sup>2-5</sup>.

Simptomele principale sunt disfagia și regurgitarea în cavitatea bucală a unei mase cărnoase, fenomen care uneori poate cauza asfizia. Prezentăm un caz clinic de polip fibrovascular esofagian gigant, care a creat dificultăți diagnostice și de tratament.

#### Caz clinic

Pacienta A., o femeie în vârstă de 70 ani, a avut două spitalizări în clinica noastră. În 2004 pacienta s-a prezentat cu acuze la disfagie pronunțată cu scădere ponderală semnificativă. A fost diagnosticată achalazia esofagiană gradul III, confirmată radiologic și endoscopic. După o esofagomiotomie Heller prin abord laparotomic starea pacientei s-a ameliorat, tranzitul esofagian a fost restabilit complet și pacienta externată fără complicații la a 7-a zi postoperator. Peste 5 ani la internare repetată pacienta descrie o simptomă neobișnuită: regurgitarea periodică a unui obiect cărnos lung, care ulterior este înghițit spontan sau redus manual în gât. Aceste episoade au fost însoțite de dispnee pronunțată.

La examenul radiologic polipozițional cu contrast baritat actul deglutiției este dereglat cu bariostaza în valecule. La baritarea esofagului s-a depistat o formațiune intraluminală tratată ca un fitobezoar lentiform plasat caudal de vertebra a 5-a toracică asociat cu o hipotonie marcată esofagiană.

În timpul esofagoscopiei fibrooptice s-a produs regurgitarea unei mase polipoase moi, care s-a exteriorizat în gura pacientei și a fost vizualizată. (Fig.1) După reducerea polipului în esofag și continuarea examenului endoscopic a fost stabilită localizarea bazei polipului – la originea esofagului în regiunea postcricoidiană.



Figura 1. Exteriorizarea polipului

Intervenția chirurgicală a fost efectuată prin cervicotomie laterală stângă. La inspecția esofagului s-a depistat o masă moale-elastică mobilă. Esofagotomia oblică la acest nivel a descoperit o tumoră pediculată cu o bază lată plasată caudal de mușchiul cricoidian în gura Killian. Intregul polip a fost extras prin incizia esofagotomică și excizat cu prelucrarea pediculului vascular (Fig. 2) Mucoasa esofagiană a fost reparată cu sutură resorbabilă, mușchii longitudinali esofagieni apropiați cu suturi separate. Tumoare de consistență cărnoasă, 16 cm în lungime, 4 cm în lățime, formată din trei lobuli. (Fig 3) Mucoasă care acoperea polipul a fost netedă, de culoare roșie-surie similară cu mucoasa esofagiană normală. Examenul histologic a descris formațiune polipoidă acoperită cu un epiteliu scuamos compusă din țesut fibro-vascular și adipos; în concluzie a fost raportat un fibrolipom esofagian. Perioada postoperatorie s-a evidențiat prin dehiscenta suturii esofagiene și pareza nervului laringian recurent stâng. Dehiscenta esofagiană s-a închis pe o sondă nazogastrală de alimentație, iar pareza nervului recurent a regresat treptat. Pacienta a fost externată la a 14-a zi postoperator în stare relativ satisfăcătoare.

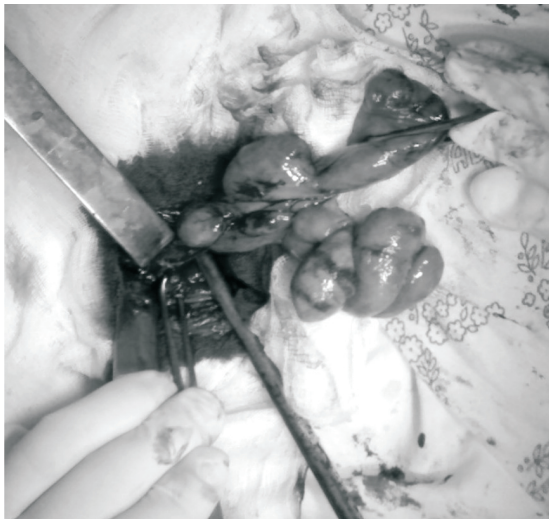


Figura 2. Exteriorizarea polipului prin esofagotomie



Figura 3. Piesa operatorie. Polip multilobular 16 cm lungime, 4 cm lățime.

## Discuții

Tumorile benigne ale esofagului constituie 1 % dintre neoplazmele esofagului<sup>6</sup>. Două treimi din tumori esofagiene benigne constituie leiomiomele. Polipii fibrovasculari deși se întâlnesc rar constituie mare majoritatea a formațiunilor esofagiene benigne intraluminale. Aceste tumori sunt formate din țesut fibros lax sau dens, țesut adipos, elemente vasculare și acoperite cu epiteliul scuamos normal. Atât polipii intraluminali cât și cei intramurali se dezvoltă în lamina proprie și pot fi netezi, lobulari și multilobulari<sup>7</sup>. Simptomele clinice apar când polipi ating dimensiuni mari: cel mai precoce este disfagia, urmată de apariția regurgitării polipului în gură cu dispariția lui după înghițire. Impactarea polipului în laringe poate duce la asfixie – complicația fatală descrisă de alți autori<sup>8,9</sup>.

Alte simptome digestive descrise în literatură includ vomă, anorexie și sughit<sup>10</sup>. Durerea, dacă este prezentă, se localizează retrosternal sau apare ca un disconfort epigastral, de asemenea pot apărea dureri la deglutiție și senzație de corp străin în gât. Semnele respiratorii sunt legate de episoade de regurgitari: tuse, dispnee, stridor, aspirații cu pneumonii ulterioare<sup>7</sup>.

Examenul roentgenologic baritat și esofagoscopia sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului<sup>11</sup>. Polipul fibrovascular poate fi omis la examen endoscopic, deoarece este acoperit cu mucoasa normală și este ușor deplasabil<sup>12</sup>. În același timp datele radiologice sau ultrasonografice pot fi interpretate incorect. În unele cazuri se impune diagnostic diferențial cu gușă retrosternală. Deseori acești pacienți cu acuzele neobișnuite sunt consultați de psihiatru.

Tratamentul definitiv este excizia polipului. Prima intervenție de înlăturare a polipului fibrovascular a fost efectuată de Vincent în 1922<sup>13</sup>. Actualmente există posibilitatea rezecției endoscopice a acestor formațiuni, dar prezența unui pedicul cu component vascular uneori bine exprimat face obligatorie cervicotomie sau în unele cazuri toracotomie<sup>14</sup>. Miotomie esofagiană face posibilă disecția tumorilor intramurale. În cazul polipilor intraluminali înlăturarea completă a tumorii din peretele esofagian este necesară pentru a preveni recidivă<sup>15, 16</sup>.

## Bibliografie

1. KANAAN S, DEMEESTER TR. Fibrovascular polyp of the esophagus requiring esophagectomy. *Diseases of the esophagus*, 2007, 20 (5): 453-454.
2. BERNATZ PE, SOUTH JL, ELLIS FH, ANDERSON HA. Benign pedunculated intraluminal tumors of the esophagus. *J Thorac Surg*. 1958;35:503-51.
3. WALTERS NA, CORAL A. Fibrovascular polyp of the oesophagus. The appearances on computed tomography. *Br J Radiol* 1988; 61:641-643.
4. LEE KN, AUH JY, NAM KJ, SUNG SC. Regurgitated giant fibrovascular polyp of the esophagus [letter]. *AJR Am J Roentgenol* 1996;166:730.
5. LE BLANC J, CARRIER G, FERLAND S, BOUTET M et al. Fibrovascular polyp of the esophagus with computed tomographic and pathological correlation. *Can Assoc Radiol J*. 1990;87-89.
6. MUKHERJEE S. Esophageal leiomyoma, 2008. [www.emedicine.com](http://www.emedicine.com).
7. SULTAN P, MEYERS B, PATTERSON A. Fibrovascular polyps of the esophagus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2005;130:1709-1710.
8. AVEZZANO EA, FLEISCHER DE, MERIDA MA, ANDERSON DL. Giants fibrovascular polyps of the esophagus. *Am J Gastroenterol* 1990;85: 299-302.
9. COCHET B, HOHL P, SANS M, COX JN. Asphyxia caused by laryngeal impaction of an esophageal polyp. *Arch Otolaryngol* 1980;106: 176-8.
10. TOTTEN RS, STOUT AP, HUMPHRIES GH, MOON RL. Benign tumors and cysts of the esophagus. *J Thorac Surg*. 1953;25:606-22.
11. CHOONG CF, MEYERS BF. Benign esophageal tumors. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*. 2003;15(1):3-8.
12. REED CE. Benign tumors of the esophagus. *Chest Surg Clin N Am* 1994;4(4):769-83.
13. JANG GC, CLOUSE ME, FLEISHNER FG, et al. Fibrovascular polyp. A benign intraluminal tumor of the esophagus. *Radiology* 1969; 92(6):1196-1200.
14. LOLLEY D, RAZZUK MA, URSCHEL HC. Giant fibrovascular polyps of the esophagus. *Ann Thorac Surg*. 1976;22:382-4.
15. EBERLEIN TJ, HANNAN R, JOSA M, SUGARBAKER DJ. Benign schwannoma of the esophagus presenting as a giant fibrovascular polyp. *Ann Thorac Surg* 1992;(53):343-5.
16. TIMMONS B, SEDWITZ JL, OLLER DW. Benign fibrovascular polyp of the esophagus. *South Med J* 1991;84:1370-2.