

PÓLIPO FIBROVASCULAR DO ESÔFAGO – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA*

Bruno Barcelos da Nóbrega¹, Sizenildo da Silva Figueirêdo¹, Luciana Porto Cavalcante², Ronei Edmar Ribeiro³, Kim-Ir-Sen Santos Teixeira⁴, Carlos Inácio de Paula⁵

Resumo O pólipio fibrovascular do esôfago é um tumor benigno raro, pedunculado e intraluminal. Relata-se um caso desta entidade, discutindo seus achados ao esofagograma e tomografia computadorizada. Em virtude da excelente correlação entre as características patológicas e de imagem, os estudos de tomografia computadorizada e ressonância magnética são considerados específicos e úteis em sua elucidação diagnóstica.

Unitermos: Pólipio fibrovascular. Esôfago. Tomografia computadorizada.

Abstract *Fibrovascular polyp of the esophagus – case report and review of the literature.*

Fibrovascular polyp of the esophagus is a rare, pedunculated, intraluminal, benign tumor. We describe a case of a patient with a fibrovascular polyp of the esophagus and discuss the esophagogram and computed tomography findings. Due to the excellent correlation between pathology and imaging findings, computed tomography and magnetic resonance imaging are considered specific and useful in its diagnosis.

Key words: Fibrovascular polyp. Esophagus. Computed tomography.

INTRODUÇÃO

Pólipio fibrovascular do esôfago (PFVE) é um tumor benigno, pedunculado e intraluminal, recoberto por mucosa normal e composto por tecidos vascular, fibroso e adiposo⁽¹⁾. As características tumorais e seu componente adiposo são identificados precisamente na tomografia computadorizada (TC), permitindo-nos fazer um diagnóstico acurado e auxiliando no manejo cirúrgico do paciente⁽²⁾. Trata-se de uma entidade rara e pouco relatada na literatura. Desde sua primeira descrição, em 1959⁽³⁾, pouco mais de 75 casos foram relatados⁽⁴⁾.

RELATO DO CASO

Paciente V.C.F.N., sexo masculino, 39 anos de idade, procurou atendimento mé-

dico apresentando disfagia alta progressiva, odinofagia e dor retroesternal de início há um ano. Exames físico e laboratoriais não foram elucidativos.

A radiografia simples do tórax evidenciou alargamento do mediastino superior à direita, por dilatação esofágica proximal. Esta foi confirmada pelo esofagograma, que demonstrou lesão expansiva, pedunculada, lobulada e alongada (aspecto de “salsicha”) originando-se do terço superior do órgão e estendendo-se inferiormente por cerca de 10 cm (Figura 1). A TC confirmou volumoso tumor intraluminal, pedunculado, preenchendo e dilatando a luz esofágica, originando-se logo abaixo da cartilagem cricóide. As medidas da densidade revelaram componentes de gordura (densidade negativa) e sólidos (densidade de partes moles) (Figura 2). Não havia linfonodomegalias mediastinais.

Ao exame endoscópico foi visualizada tumoração revestida por mucosa normal não ulcerada, sem, no entanto, precisar o seu local de inserção.

O tumor foi ressecado por via endoscópica transoral (Figura 3) e o exame anatomicopatológico confirmou PFVE.

DISCUSSÃO

Os tumores benignos do esôfago são incomuns, correspondendo a menos de 25% das neoplasias esofágicas⁽⁵⁾. São classifi-



Figura 1. Esofagograma (incidência em perfil) demonstra volumosa lesão intraluminal expansiva, alongada e multilobulada (aspecto de “salsicha”).

cados em intramurais ou intraluminais. O grupo dos intramurais, que inclui o leiomioma e o neurofibroma, corresponde à maioria⁽⁶⁾. Entre os intraluminais, o PFVE é o mais comum⁽⁶⁻⁸⁾.

Estes pólipos são quase sempre lesões únicas, de crescimento lento, compostas por quantidades variáveis de tecido fibrovascular, células adiposas e estroma. Surgem da mucosa ou submucosa e são recobertos por epitélio escamoso⁽⁶⁾. De acordo com seus componentes histológicos, tais lesões têm sido denominadas de lipomas,

* Trabalho realizado no Departamento de Diagnóstico por Imagem e Anatomia Patológica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG), Goiânia, GO.

1. Médicos Residentes em Radiologia do Departamento de Diagnóstico por Imagem e Anatomia Patológica do HC-UFG.

2. Acadêmica do 4º ano da Faculdade de Medicina da UFG.

3. Médico Radiologista, Professor Assistente do Departamento de Diagnóstico por Imagem e Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da UFG.

4. Médico Radiologista, Professor Adjunto Doutor do Departamento de Diagnóstico por Imagem e Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da UFG.

5. Médico Oncologista do Hospital Araújo Jorge.

Endereço para correspondência: Dr. Bruno Barcelos da Nóbrega, Rua 110, nº 60, Setor Sul, Goiânia, GO, 74085-100. E-mail: brunoradiol@hotmail.com

Recebido para publicação em 10/1/2002. Aceito, após revisão, em 20/2/2002.

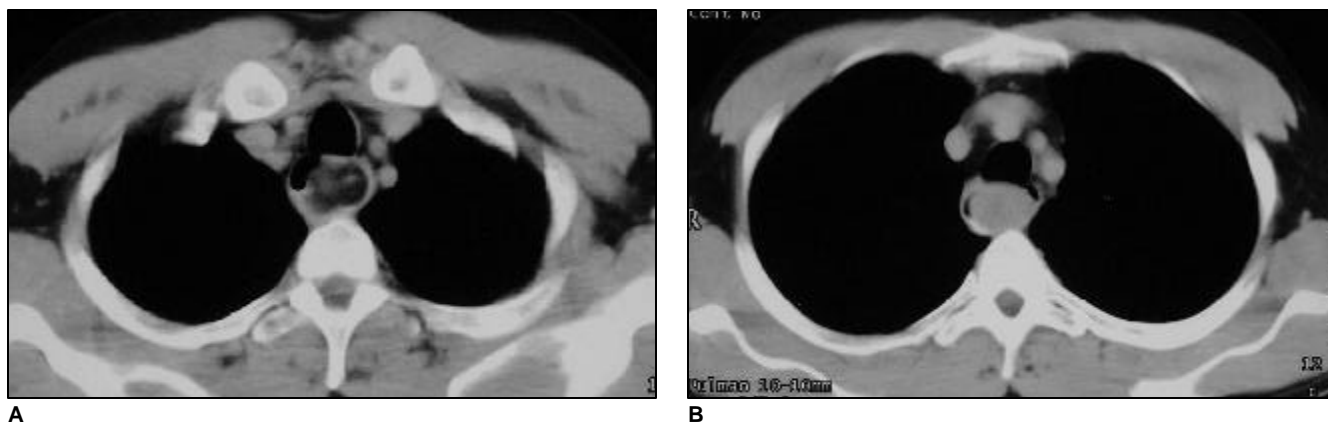


Figura 2. Cortes axiais de tomografia computadorizada (janela de mediastino). Em **A**, evidencia-se heterogeneidade tumoral com áreas de densidade de gordura em seu aspecto lateral esquerdo. Em **B**, a lesão demonstrada no nível distal possui densidade homogênea semelhante à musculatura torácica.



Figura 3. Aspecto macroscópico do tumor. Pólipo pedunculado, lobulado, de superfície uniforme amarelada.

fibromas, fibrolipomas ou pólipos fibroepiteliais⁽⁹⁾, porém, recentemente, todos foram agrupados como PFVE, conforme a Classificação Histológica Internacional de Tumores, recomendada pela Organização Mundial da Saúde⁽¹⁰⁾.

Os PFVE predominam em homens, numa proporção de 3:1⁽¹¹⁾, com pico de incidência entre a sexta e sétima décadas de vida^(9,12). Na época da apresentação, 75% têm mais de 7 cm de comprimento⁽¹³⁾, e lesões maiores de 20 cm já foram relatadas⁽¹⁴⁾. Em uma série de 19.982 autópsias, encontrou-se uma prevalência de 8,8% de PFVE dentre as lesões tumorais benignas do esôfago⁽¹⁵⁾. A maioria (85–90%) surge no terço superior do esôfago^(4,16), em áreas originalmente frágeis da parede posterior na junção faringoesofágica: entre os músculos cricofaríngeos superior e inferior (área frágil de Killian) e inferiormente ao músculo cricofaríngeo (triângulo de Laimer)^(17,18). Há relatos, contudo, de seu sur-

gimento em vários locais dos tratos respiratório e digestivo, incluindo faringe, tonsilas, laringe, brônquios, e ainda o espaço parafaríngeo e a cavidade oral⁽¹⁹⁾.

A apresentação clínica é variada, desde casos assintomáticos até asfixia obstrutiva⁽²⁰⁾. Disfagia progressiva é o sintoma mais freqüente^(6,11,14). Outras manifestações incluem odinofagia, náuseas, desconforto subesternal, sensação de corpo estranho, regurgitação da lesão, tosse, dispnéia, mudança de voz e roncocal⁽¹⁹⁾. De modo extremo, foram descritos casos de morte súbita por asfixia, em conseqüência a prolapso do pólipo no trato respiratório superior⁽²⁰⁾. Degeneração maligna não foi até então observada⁽²¹⁾.

Procedimentos diagnósticos habituais são o esofagograma baritado e a endoscopia. O esofagograma evidencia lesão expansiva submucosa, lobulada, de limites precisos e de aspecto ovalado alongado (forma de “salsicha”)⁽¹²⁾, mostrando-se móvel às deglutições. Em muitos casos pode-se identificar o pedículo tumoral, necessário à sua caracterização⁽²²⁾. À endoscopia, 25% dos tumores intraluminais e intramurais não são detectados⁽⁴⁾. Os PFVE podem passar despercebidos, pois são revestidos por mucosa esofágica intacta confundindo-se com a da parede adjacente⁽⁴⁾.

A TC e a ressonância magnética (RM) são métodos rápidos e não invasivos, úteis na investigação de tumores mediastinais. A TC demonstra lesão expansiva intraluminal, heterogênea, de aspecto alongado e lobulado, apresentando caracteristicamente áreas de hipotenuação no seu interior,

compatíveis com gordura, sendo a mesma circundada por tecido fibrovascular manifestando-se com isotenuação⁽²³⁾.

A RM, em virtude de sua capacidade multiplanar, é útil na caracterização espacial do tumor e de sua composição tecidual^(4,24). A lesão porta-se de maneira heterogênea, com áreas marcantes de hipersinal nas seqüências ponderadas em T1 devido ao componente lipídico^(18,23). Nas seqüências ponderadas em T2 a heterogeneidade permanece com predomínio do hipossinal^(18,23). O realce após a injeção do meio de contraste é heterogêneo e variável.

O diagnóstico diferencial inclui outras condições neoplásicas e não neoplásicas apresentadas na forma de pólipo — hamartomas, pólipos inflamatórios, lipomas, hemangiomas, linfangiomas, schwannomas⁽²⁵⁾ — e neoplasias raras como os carcinóides e quemodectomas⁽¹⁸⁾.

A exérese é recomendada, sendo usualmente curativa⁽¹¹⁾. Três acessos são usados: transoral, transcervical ou transtorácico. Se o pólipo possui uma haste estreita e acessível ao laringoscópio rígido, a via transoral pode ser usada; no entanto, para melhor controle da hemorragia, a via transcervical é a mais segura⁽²²⁾. Em lesões originadas abaixo do músculo cricofaríngeo, a via transtorácica é a de escolha⁽²¹⁾.

Tumores esofágicos intraluminais heterogêneos e alongados, com densidade de gordura na TC e hipersinal em T1 na RM são considerados típicos do PFVE⁽²³⁾. Estabelece-se, portanto, uma perfeita correlação entre os achados anatomopatológicos e tais métodos de imagem.

REFERÊNCIAS

1. Steward ET, Dodds WJ. Radiology of the esophagus. In: Freeny PC, Stevenson GW, eds. Margulis and Burhenne's alimentary tract radiology. 5th ed. St. Louis: Mosby, 1994:250.
2. LeBlanc J, Carrier G, Ferland S, Boutet M. Fibrovascular polyp of the esophagus with computed tomographic and pathological correlation. *Can Assoc Radiol J* 1990;41:87-9.
3. Nora PF. Lipoma of the esophagus. *Am J Surg* 1964;108:353-6.
4. Whitman GJ, Borkowski GP. Giant fibrovascular polyp of the esophagus: CT and MR findings. *AJR* 1989;152:518-20.
5. Braver JM, Do NK. Inflammatory pseudotumor of the esophagus. *Invest Radiol* 1989;24:246-7.
6. Walters NA, Coral A. Fibrovascular polyp of the esophagus: the appearances on computed tomography. *Br J Radiol* 1988;61:641-3.
7. Totten RS, Stout AP, Humphreys GH, *et al.* Benign tumors and cysts of the esophagus. *J Thorac Surg* 1953;25:606-22.
8. Patel J, Kieffer RW, Martin M, Avant GR. Giant fibrovascular polyp of the esophagus. *Gastroenterology* 1984;87:953-6.
9. Barki Y, Elias H, Tovi F, Bar-Ziv J. A fibrovascular polyp of the esophagus. *Br J Radiol* 1981; 54:142-4.
10. Watanabe H, Jass JR, Sobin LH. World Health Organization: histological typing of oesophageal and gastric tumors. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag, 1990.
11. Behar PM, Arena S, Marrangoni AG. Recurrent fibrovascular polyp of the esophagus. *Am J Otolaryngol* 1995;16:209-12.
12. Jang GC, Clouse ME, Fleischner FG. Fibrovascular polyp - a benign intraluminal tumor of the esophagus. *Radiology* 1969;92:1196-200.
13. Lewis BS, Wayne JD, Khilnani MT, Biller HF. Fibrovascular polyp of the esophagus. *Mt Sinai J Med* 1988;55:324-5.
14. Belafsky P, Amedee R, Zimmerman J. Giant fibrovascular polyp of the esophagus. *South Med J* 1999;92:428-31.
15. Plachta A. Benign tumors of the esophagus: review of the literature and report of 99 cases. *Am J Gastroenterol* 1962;38:639-52.
16. Carter MM, Kulkarni MV. Giant fibrovascular polyp of the esophagus. *Gastrointest Radiol* 1984;9:301-3.
17. Owens JJ, Donovan DT, Alford EL, *et al.* Life-threatening presentations of fibrovascular esophageal and hypopharyngeal polyps. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994;103:838-42.
18. Borges A, Bikhazi H, Wenzel JP. Giant fibrovascular polyp of the oropharynx. *AJNR* 1999;20: 1979-82.
19. Seshul MJ, Wiatrak BJ, Galliani CA, Odrezin GT. Pharyngeal fibrovascular polyp in a child. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998;107(9 Pt 1):797-800.
20. Allen MS Jr, Talbot WH. Sudden death due to regurgitation of a pedunculated esophageal lipoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1967;54:756-8.
21. Timmons B, Sedwitz JL, Oller DW. Benign fibrovascular polyp of the esophagus. *South Med J* 1991;84:1370-2.
22. Letessier E, Gaillard F, Lehur PA, *et al.* Polype fibrovasculaire geant de l'oesophage. A propos d'une observation. *Revue de la literature. J Chir (Paris)* 1987;124:467-70.
23. Ascenti G, Racchiusa S, Mazziotti S, Bottari M, Scribano E. Giant fibrovascular polyp of the esophagus: CT and MR findings. *Abdom Imaging* 1999;24:109-10.
24. Stoane JM, Torrisi JM, Haller JO, David M. Fibrovascular polyps of the esophagus: MRI findings. *J Comput Assist Tomogr* 1995;19:157-9.
25. 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.