

vena mesentérica superior^{2,3}. Si tras la resección persiste la hipoglucemia, esta se puede controlar con la administración de diazóxido^{2,9}. Cuando la resección quirúrgica y el tratamiento con diazóxido fracasan, cabe plantear una resección más extensa, aunque con el riesgo de que se provoque una insuficiencia pancreática exocrina y diabetes^{5,6,10}.

En esta paciente realizamos una ecografía intraoperatoria. A pesar de localizar un pequeño nódulo en el cuerpo pancreático y ante la sospecha de que se tratase de una hiperplasia difusa, decidimos practicar la pancreatometomía corporocaudal. El estudio anatomopatológico, así como la evolución clínica de la paciente, confirmaron que la opción quirúrgica aplicada fue la correcta.

BIBLIOGRAFÍA

- Bright E, Garcea G, Ong S, Madira W, Berry D, Dennison A. An Unusual Case of Concurrent Insulinoma and Nesidioblastosis. *Pancreas*. 2008;9:649-53.
- Kenney B, Tormey C, Qin L, Sosa JA, Jain D, Neto A. Adult Nesidioblastosis. Clinicopathologic Correlation between Pre-Operative Selective Arterial Calcium Stimulation Studies and Post-Operative Pathologic Findings. *Pancreas*. 2008;9:504-11.
- Hong R, Choi D, Lim S. Hyperinsulinemic hypoglycemia due to diffuse nesidioblastosis in adults: A case report. *World J Gastroenterol*. 2008;14:140-2.
- Witteles R, Straus F, Sugg S, Koka M, Costa E, Kaplan E. Adult-Onset Nesidioblastosis Causing Hypoglycemia. An Important Clinical Entity and Continuing Treatment Dilemma. *Arch Surg*. 2001;136:656-63.
- Raffel A, Krausch MM, Anlauf M, Wieben D, Braunstein S, Klöppel G, et al. Diffuse nesidioblastosis as a cause of hyperinsulinemic hypoglycemia in adults: a diagnostic and therapeutic challenge. *Surgery*. 2007;141:179-84.
- Raffel A, Anlauf M, Hosch SB, Krausch M, Henopp T, Bauersfeld J, et al. Hyperinsulinemic hypoglycemia due to adult nesidioblastosis in insulin-dependent diabetes. *World J Gastroenterol*. 2006;12:7221-4.
- Vezzosi D, Bennet A, Fauvel J, Caron P. Insulin, C-peptide and proinsulin for the biochemical diagnosis of hypoglycaemia related to endogenous hyperinsulinism. *Eur J Endocrinol*. 2007;157:75-83.
- Varas Lorenzo MJ. Manejo diagnóstico del insulinoma pancreático. *Rev Esp Enferm Dig*. 2008;100:184-5.
- Kovacs E, Nemeth H, Pasztor E, Pfliegler G. Hyperinsulinemic hypoglycemia in adults. Case reports and short review. *Orv Hetil*. 2008;149:1659-64.
- Fong TL, Warner NE, Kumar D. Pancreatic nesidioblastosis in adults. *Diabetes Care*. 1989;12:108-14.

Mónica Mengual Ballester^{a,*}, Benito Flores Pastor^a, Herminia Pascual^b, Julián Tudela Pallares^c y José Luis Aguayo Albasini^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia, España

^bServicio de Endocrinología, Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia, España

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmengual@msn.com (M. Mengual Ballester).

doi:10.1016/j.ciresp.2010.02.007

Dos casos de complicaciones por pólipo fibrovascular gigante del esófago

Two cases of complications due to a giant fibrovascular polyp of the oesophagus

Los pólipos fibrovasculares del esófago son tumoraciones raras (2% de las neoplasias benignas esofágicas)¹ que pueden llegar a alcanzar grandes dimensiones y causar, incluso, crisis de asfixia². Para establecer su diagnóstico puede ser necesario realizar diversas técnicas de imagen y endoscópicas. La ultrasonografía endoscópica (USE) es útil para valorar las diferentes opciones terapéuticas, aunque, en general, se prefiere la exéresis quirúrgica por vía cervical^{3,4}. Presentamos 2 casos clínicos que describen la presentación clínica y el tratamiento de esta patología.

Caso 1

Varón de 56 años, que acudió al servicio de urgencias por disnea brusca asociada a sensación de cuerpo extraño en la cavidad oral y que se solucionó con una deglución. Se indicó una esofagoscopia que detectó una lesión polipoidea de 45-50 mm de tamaño situada a 3-4 cm de la boca de Killian y con amplia base de implantación y mucosa de aspecto normal. La tomografía computarizada (TC) cervico-torácica confirmó los hallazgos previos y una USE identificó con mayor precisión

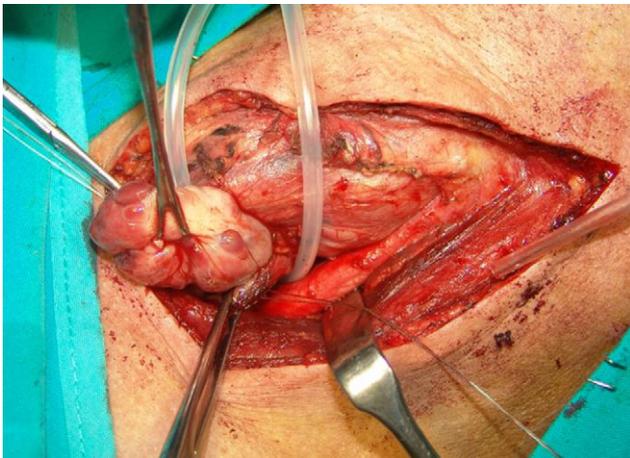


Figura 1 - Extirpación del pólipo a través de una esofagotomía cervical.

que la lesión polipoidea tenía 50 mm de longitud, con una base de implantación que ocupaba la mitad de la luz esofágica y se situaba a 19 cm de arcadas dentarias, a nivel del esfínter esofágico superior (EES).

El paciente fue intervenido quirúrgicamente a través de una incisión cervical lateral izquierda. Tras identificar el nervio laríngeo recurrente, se realizó una esofagotomía longitudinal, extirpación del pólipo aplicando en su base una sutura reabsorbible 3/0 y cierre de la pared del esófago en 2 planos (fig. 1). Un esofagograma con contraste hidrosoluble al 5.º día del curso postoperatorio descartó alteraciones por lo que el paciente fue dado de alta al 7.º día.

Caso 2

Varón de 82 años que acudió a consultas externas por disfagia a sólidos de aproximadamente 1 mes de evolución y dolor retroesternal sin cuadro constitucional asociado.

Se realizó esófago-gastroscopia en la que se detectó una tumoración, con base de implantación en esófago proximal, que se extendía hasta el esófago distal y que sugería una lesión submucosa o bien una compresión de causa extrínseca. La TC tóraco-abdominal mostró una tumoración polipoide de 20 cm de longitud que se originaba en la pared del esófago (fig. 2). En una segunda exploración endoscópica se apreció que la lesión era pediculada, móvil, con su base de implantación situada a nivel del EES y con una mucosa de aspecto normal. La USE confirmó que el pólipo dependía de la capa submucosa de la pared esofágica, con una base de 2 cm de diámetro.

Con la sospecha diagnóstica de pólipo fibrovascular gigante del esófago se decidió resección endoscópica, aunque no fue posible colocar un lazo alrededor de la lesión desde la cámara gástrica debido al gran tamaño del extremo distal del pólipo así como a su firme encarcelación en el cardias. Por lo tanto, el paciente fue intervenido quirúrgicamente mediante cervicotomía lateral izquierda realizándose extirpación del pólipo de igual manera que en el caso 1. Fue dado de alta al 8.º día postoperatorio tras comprobar en un tránsito con contraste que no existían alteraciones.



Figura 2 - TC torácica lesión polipoide intraluminal esofágica.

El estudio histopatológico de las piezas quirúrgicas de los 2 casos que presentamos confirmó el diagnóstico de pólipo fibrovascular gigante ulcerado de 45 × 30 mm en el caso 1, y de 145 × 50 mm en el caso 2.

En la revisión a los 6 meses de la intervención, ambos pacientes se encontraban asintomáticos.

Los pólipos fibrovasculares esofágicos suelen aparecer en hombres de 60-70 años aunque están descritos en la edad infantil⁵. La serie más extensa recoge solo 16 pacientes⁶. La sintomatología más frecuente es disfagia o dolor retroesternal, aunque se han descrito casos con regurgitación, disnea súbita e incluso muerte por asfixia^{3,4}. Pueden ser únicos o múltiples, y permanecer asintomáticos muchos años hasta alcanzar grandes tamaños (hasta 26 cm) que, incluso, sobrepasan el cardias⁷. Se originan en el esófago cervical, a nivel del triángulo de Laimier, a partir de la mucosa-submucosa que desarrolla un pedículo con gran componente vascular. Se han descrito casos de neoplasias malignas asociadas⁸ y, más frecuentemente, úlceras en la parte distal que ocasionan anemia por hemorragia crónica^{3,4}.

Las técnicas diagnósticas como la endoscopia, TC o esofagograma no siempre son concluyentes. La USE es necesaria para caracterizar la lesión y decidir la mejor opción terapéutica³. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con otras lesiones benignas más frecuentes como el leiomioma (60-80%), papiloma o hemangioma¹.

El tratamiento más aceptado es la extirpación quirúrgica de la lesión a través del esófago cervical⁷, aunque están descritos abordajes mediante toracotomía³, combinando vía cervical y abdominal⁶, e incluso extirpación transoral⁹. Algunos autores recomiendan el tratamiento endoscópico, mediante electrocoagulación o colocación de lazos en la base del pólipo¹⁰, para lesiones poco vascularizadas, menores de 8 cm de longitud y con tallo menor de 2 cm de diámetro por el riesgo de hemorragia³. Otras posibles complicaciones son la fístula esofágica o la recidiva, si bien esta es poco frecuente. Nuestros pacientes fueron diagnosticados mediante TC torácica (caso 1) y USE (caso 2)

con endoscopias iniciales que no fueron concluyentes. La extirpación quirúrgica de los 2 casos que presentamos no planteó dificultades técnicas y estuvo exenta de complicaciones, por lo que coincidimos con otros autores en que este debe ser el tratamiento de elección. El estudio de estas lesiones mediante USE proporciona información útil para decidir la vía de abordaje y seleccionar aquellos casos idóneos para su extirpación endoscópica.

Finalmente, recordamos que aunque se trate de una patología poco frecuente, puede ser causa de morbilidad y mortalidad importante por lo que es recomendable un tratamiento precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Choong CK, Meyers BF. Benign esophageal tumors: introduction, incidence, classification, and clinical features. *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* 2003;15:3-8.
2. Sargent RL, Hood IC. Asphyxiation caused by giant fibrovascular polyp of the esophagus. *Arch Pathol Lab Med.* 2006;130:725-7.
3. Lee SY, Chan WH, Sivanandam R, Lim DT, Wong WK. Recurrent giant fibrovascular polyp of the esophagus. *World J Gastroenterol.* 2009;15:3697-700.
4. Drenth J, Wobbes T, Bonenkamp J, Nanengast F. Recurrent esophageal fibrovascular polyps. Case history and review of the literature. *Dig Dis Sci.* 2002;47:2598-604.
5. Paik HC, Han JW, Jung EK, Bae KM, Lee YH. Fibrovascular polyp of the esophagus in infant. *Yonsei Med J.* 2001;42:264-6.
6. Levine MS, Buck JL, Pantongrag-Brown L, Buetow PC, Hallman JR, Sobin LH. Fibrovascular polyps of the esophagus: clinical, radiographic and pathologic findings in 16 patients. *AJR Am J Roentgenol.* 1996;166:781-7.
7. Kim JS, Shim YM. Giant fibrovascular polyp of the hypopharynx: surgical treatment with the biapproach. *J Korean Med Sci.* 2006;21:749-51.
8. Jakowski JD, Wakely Jr PE. Rhabdomyomatous well differentiated liposarcoma arising in giant fibrovascular polyp of the esophagus. *Ann Diagn Pathol.* 2009;13:263-8.
9. Iván L, Torkos A, Paczona R, Szentpáli K, Jóri J. Minimally invasive peroral endoscopic removal of a regurgitated giant polysegmented fibrovascular polyp of the esophagus. *Dysphagia.* 2009;24:230-3.
10. Alobid I, Vilaseca I, Fernández J, Bordas JM. Giant fibrovascular polyp of the esophagus causing sudden dyspnea: endoscopic treatment. *Laryngoscope.* 2007;117:944-5.

Rafael López Pardo^{a,*}, Angélica Mira Vázquez^a,
Gazmend Krasniqi^a, Alejandro Repiso Ortega^b
y Rufo Rodríguez Merlo^c

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Virgen de La Salud, Toledo, España

^bServicio de Gastroenterología, Hospital Virgen de La Salud, Toledo, España

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital Virgen de La Salud, Toledo, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rlopar1969@hotmail.com (R. López Pardo).

doi:10.1016/j.ciresp.2010.03.038

TEMLA: nueva técnica para el tratamiento de la recidiva del cáncer de tiroides

TEMLA: A new technique for the treatment of recurrent thyroid cancer

El cáncer de tiroides supone hasta el 3% de todas las neoplasias que afectan a niños y adolescentes. Es raro en menores de 5 años y su incidencia va aumentando con la edad siendo máxima en la adolescencia (el 70% de estos aparece entre 11-17 años). La estirpe papilar del carcinoma de tiroides es la más frecuente en todas las edades. Presenta una afectación loco regional habitualmente más avanzada en niños, siendo la aparición de recidivas también más frecuente a estas edades¹⁻⁵. Dentro de las distintas localizaciones de recidiva o metástasis de este tipo de neoplasia destaca la afectación ganglionar a nivel mediastínico.

La linfadenectomía mediastínica transcervical extendida (TEMLA) es una nueva técnica quirúrgica desarrollada y

publicada por primera vez en el año 2005 por el grupo de Zielinsky⁶⁻⁸. Se emplea de forma preferente en la estadificación ganglionar en el carcinoma broncogénico aunque también ha demostrado su utilidad en la cirugía del cáncer de esófago, del timo y de tumores mediastínicos. La técnica consiste en una cervicotomía en collar de 5-8 cm con elevación del manubrio esternal mediante un retractor esternal, que ofrece un amplio abordaje para diseccionar y reseccionar en bloque de forma sistemática los distintos grupos ganglionares situados a nivel cervical y mediastínico de forma bilateral (grupos 1+3, 2R-L, 4R-L, 5, 6, 7, 8 y 10R-L). Una vez realizada la cervicotomía y colocado el retractor se identifican y diseccionan ambos nervios laríngeos recurrentes en toda su longitud. La disección de los troncos vasculares supraaórticos