

Tumor infrecuente como causa de dispepsia

Rare tumor as a cause of dyspesia

Juan Alberto Flórez De Hoyos[1]
Juan Bautista Rolla[1]
Leidy Diana Rodríguez[1]
Juan Manuel Galván[1]
Víctor Nebil Larrañaga[2]

DOI: https://doi.org/10.53903/01212095.180

Palabras clave (DeCS)

Antro pilórico
Dispepsia
Tomografía computarizada por rayos X

Key words (MeSH)

Pyloric antrum
Dyspepsia
Tomography, X-ray computed

Abreviaturas
VEDA: videoendoscopia digestiva alta; **VCC:** videocolonoscopia; **TCMD:** tomografía computarizada multidetector; **EV:** endovenoso; **GIST:** tumor del estroma gastrointestinal; **IBP:** Inhibidores de bomba de protones; **PFI:** pólipo fibroide inflamatorio.

Resumen
El pólipo fibroide inflamatorio gástrico es una entidad clínico-patológica rara, la cual representa una incidencia del 0,1 % de todos los pólipos gástricos. Con mayor frecuencia afecta a adultos en un amplio rango de edad, cuyo pico de incidencia es entre la sexta y séptima décadas de la vida. Las lesiones son predominantemente asintomáticas y se detectan incidentalmente en la endoscopia o en las imágenes realizadas por causas no relacionadas. Ocasionalmente, los pólipos fibroides provocan sintomatología, ya sea por su gran tamaño que causa obstrucción de la salida gástrica, o por la erosión de la mucosa que se presenta con sangrado gastrointestinal superior manifiesto u oculto.

Summary
The gastric inflammatory fibroid polyp is a rare clinical-pathological entity, representing an incidence of 0.1% of all gastric polyps. It most frequently affects adults in a wide age range, and its incidence peak is between the sixth and seventh decades of life. The lesions remain predominantly asymptomatic and are detected incidentally on endoscopy or imaging for unrelated causes. Occasionally, fibroid polyps cause symptoms due to their large size causing gastric outlet obstruction, or due to mucosal erosion presenting with overt or occult upper gastrointestinal bleeding.

Presentación del caso

Se trata de un hombre de 76 años de edad con antecedente de fibrilación auricular bien manejada. Consultó a urgencias por epigastralgia y síntomas dispépticos de cuatro meses de evolución, asociados a alteración en el ritmo evacuatorio; exámenes físico y de laboratorio normales. En la valoración inicial por cirugía se consideró iniciar tratamiento farmacológico oral con IBP y se ordenó estudio con TCMD con medio de contraste EV (figuras 1-3).

Solución de caso

En las imágenes de TAC se visualiza una imagen de 21 mm, redondeada, que protruye a la luz del antro gástrico. El hallazgo fue interpretado como probable tumor gástrico (GIST) por lo que se realizó endoscopia digestiva, evidenciando un tumor en la región antropilórica, de localización submucosa. Se intentó resección endoscópica, pero se encontraron comprometidos los bordes, por lo cual se realizó cirugía. El paciente fue operado, se le dio el alta, y se encuentra en seguimiento, con buena evolución posoperatoria.

La anatomía patológica informó células mesenquimatosas, ahusadas, de caracteres típicos, proliferación de fibroblastos, vasos de neoformación, abundante infiltrado inflamatorio de predominio eosinofílico y formación de folículos linfoides reactivos. Se realizó inmunomarcación que resultó positiva para CD34 en las células descritas y negativa para las siguientes marcaciones: S100, ALK1, CD117 y AML. La lesión es compatible con pólipo fibroide inflamatorio.

Discusión

El pólipo fibroide inflamatorio, también conocido como tumor de Vanek (quien lo describió en 1949), es un tipo raro de tumor mesenquimal de origen submucoso del tracto gastrointestinal. Se han publicado casos esporádicos, pero no han permitido establecer una incidencia real de esta entidad (1). Representa uno de los tumores gástricos benignos con menor frecuencia de presentación, documentados en algunas series del 1 al 4 % (1). Tiene un pico de incidencia a partir de la sexta década de la vida, predomina en el sexo masculino y su malignización es excepcional (2).

[1]Médico(a), Departamento de Diagnóstico por imágenes Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

[2]Médico especialista en Diagnóstico por imágenes. Departamento de Diagnóstico por imágenes Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

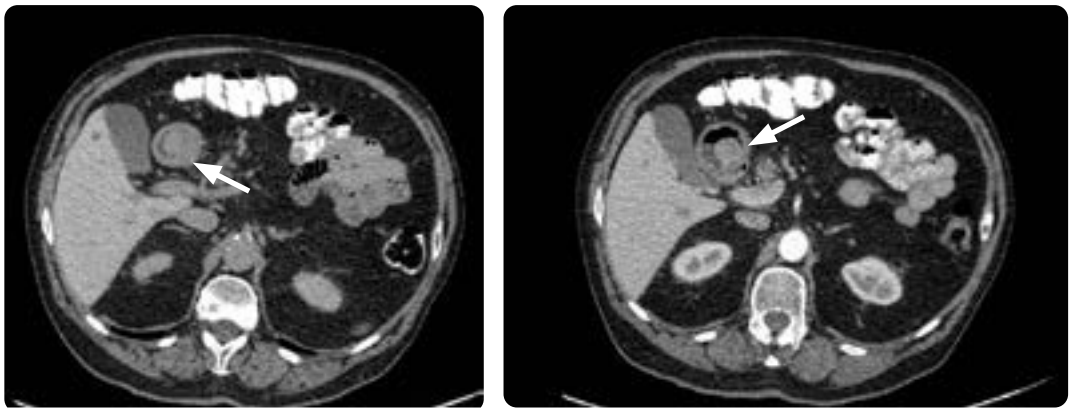


Figura 1. TAC corte axial. a) Con medio de contraste oral y b) endovenoso. Imagen nodular de bordes lisos, discretamente lobulados, endofítica (flecha), localizada en la región antropilórica, que presenta realce en fase arterial tras la administración del medio de contraste EV.

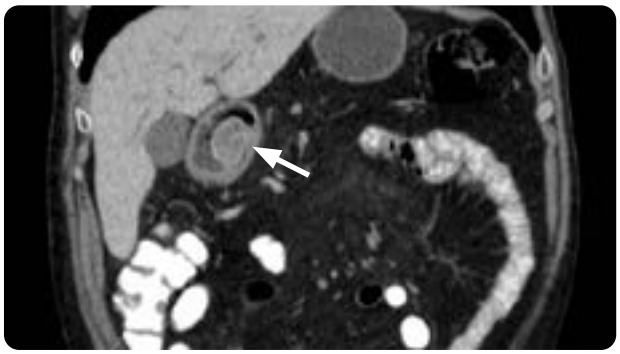


Figura 2. TAC corte coronal con medio de contraste oral y endovenoso en fase arterial. Imagen nodular endofítica en el estómago, con realce en fase arterial tras la administración de contraste EV.



Figura 3. Visión endoscópica de la lesión.

Dicha patología puede afectar parte del tracto gastrointestinal, y la localización gástrica es la más frecuente (80 %); generalmente se asocia a gastritis por *H. pylori*, úlcera gástrica, adenoma o carcinoma. El 80 % de estos tumores se localiza en el antro y el 20 % restante en el cuerpo y cardias. El mayor tamaño tumoral documentado y descrito actualmente ha sido de 12 cm (1).

Su causa es desconocida. Existen varias hipótesis para explicar su patogénesis y la más aceptada es la teoría inflamatoria, según la cual el pólipo fibroide inflamatorio se forma por una reacción excesiva del tejido ante un daño ejercido sobre la mucosa gastrointestinal. Se cree que factores luminales (bacterianos, químicos o mecánicos) actúan sobre fibroblastos y miofibroblastos de la mucosa a través de defectos en el epitelio, estimulando su crecimiento. Se ha postulado que la infección por *Helicobacter pylori* puede jugar un papel importante, mediante la secreción de factores de crecimiento por el propio microorganismo, las células epiteliales y los miofibroblastos de la mucosa (1,2).

El tumor de Vanek suele ser asintomático. El cuadro clínico inicial puede tener síntomas dispépticos como dolor abdominal, náuseas y vómito; así mismo, anemia, pérdida de peso y/o hemorragia digestiva alta. Se ha descrito sintomatología obstructiva debido al rápido crecimiento de la lesión, la cual puede ejercer un efecto de presión valvular sobre el píloro. La hemorragia de vías digestivas altas es consecuencia de la ulceración del pólipo (2).

Esta entidad se puede presentar en forma de tumor, por lo cual su diagnóstico diferencial son los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), y otros tumores benignos mesenquimatosos (2).

El aspecto endoscópico típico es una lesión polipoidea, sésil o pediculada, revestida por mucosa de aspecto normal, localizada en antro o región prepilórica y en ocasiones deprimida o ulcerada. Generalmente son únicos.

Referente a su tamaño, pueden tener tres estadios que se consideran evolutivos: nodular (< 0,4 cm), fibrovascular (≥ 0,4 cm y ≤ 1,5 cm) y esclerótico o edematoso (> 1,5 cm), cada uno con diferentes hallazgos histopatológicos. En este caso, la lesión polipoidea fue sésil, de aproximadamente 15 mm de diámetro, única y umbilicada en su cúspide relacionándose su tamaño con el estadio evolutivo de la lesión (fibrovascular), por lo que no hubo diferencias con la bibliografía revisada.

Histológicamente, dichos tumores se caracterizan por una proliferación de células fusiformes y estrelladas en la lámina propia o en la submucosa, a menudo en disposición perivascular y resulta llamativa la presencia de eosinófilos con aspecto de "tela de cebolla" (1,2). El tratamiento curativo es la remoción del pólipo y no requiere tratamiento adicional. En algunos casos las lesiones polipoides pueden recidivar si la extirpación no es completa (3).

Referencias

1. Garmpis N, Damaskos C, Garmpi A, Georgakopoulou VE, Sakellariou S, Liakea A, et al. Inflammatory fibroid polyp of the gastrointestinal tract: A systematic review for a benign tumor. In Vivo. 2021;35(1):81-93. doi: 10.21873/invivo.12235.
2. Inayat F, Ur Rahman A, Wahab A, Riaz A, Zahid E, Bejarano P, Pimentel R. Gastric inflammatory fibroid polyp: A rare cause of occult upper gastrointestinal bleeding. J Investig Med High Impact Case Rep. 2020;8:2324709620936840. doi: 10.1177/2324709620936840.
3. Hattori Y, Kobayashi S, Takahashi H, Yoneda M, Inamori M, Abe Y, et al. Gastric inflammatory fibroid polyp treated by endoscopic submucosal dissection. Case Rep Gastroenterol. 2008;2:283-6.

Correspondencia

Juan Alberto Flórez De Hoyos
Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas
Hospital Universitario Sede Saavedra, Departamento de Imágenes
Galván 4102, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
dr.florezjuan@gmail.com

Recibido para evaluación: 1 de marzo 2022
Aceptado para publicación: 30 de abril 2022