

Tumor de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio. Reporte de un caso

Vanek's tumor or inflammatory fibroid polyp. Report of a case

Dr. Adrián Marcos Mellado Pérez, Dr. Mario Orlando Hernández Cubas, Dr. Manuel Lara Martín

Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

El tumor de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio, se conoce como una lesión benigna, rara, de localización submucosa, no encapsulada, cuya ubicación puede darse a lo largo del tracto digestivo, siendo más común en el antro gástrico (80 %), aunque también se ha descrito en la unión gastroesofágica, duodeno, yeyuno, íleon y colon. Representa el tumor gástrico benigno menos frecuente (1-4 %), con ligero predominio en el sexo masculino y un pico de incidencia a partir de la sexta década de la vida, siendo la malignización un evento excepcional. En este reporte de caso se presentó un paciente masculino de 47 años de edad, con tumor de Vanek de localización antra, diagnosticado en el Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milián Castro, de la ciudad de Santa Clara.

Palabras clave: pólipo fibroide inflamatorio, tumor de Vanek, informe histopatológico.

ABSTRACT

The Vanek's tumor or inflammatory fibroid polyp (IFP) is a rare benign lesion of submucosal location, not encapsulated, that may be located throughout the digestive tract, being more common in the gastric antrum (80%), although it has also been described in the gastroesophageal junction, duodenum, jejunum, ileum and colon. It is the less frequent benign gastric tumor (1-4%) with slight predominance in males and a peak incidence after the sixth decade of life, being its

process of getting malignant an exceptional event. This case report presents a 47-year-old male patient with a Vanek's tumor of antral localization that was diagnosed at the Teaching Provincial Hospital Arnaldo Milian Castro, of Santa Clara.

Key words: inflammatory fibroid polyp, Vanek's tumor, histopathologic inform.

INTRODUCCIÓN

Los pólipos fibroides inflamatorios (PFI) son lesiones benignas poco frecuentes que se originan en la submucosa del tracto gastrointestinal, de ubicación preferente en el antro gástrico en un 80 % y con menor frecuencia en el intestino delgado.⁽¹⁾ En 1949, Vanek describió por primera vez los PFI como "granuloma submucoso gástrico con infiltración eosinofílica" e informó seis casos.⁽²⁾ El término "pólipo fibroide inflamatorio" fue propuesto por Helwig y Ranier en 1953, al que le siguieron granuloma eosinofílico, angiopericitoma, fibroma polipoide, fibroma gástrico con infiltración eosinofílica, granuloma polipoide eosinofílico, pseudotumor inflamatorio y pólipo de Vanek.^(1,2)

El PFI suele presentarse como una lesión única principalmente en el estómago distal, la cual está compuesta por tejido fibroconectivo laxo entremezclado con estructuras vasculares de pequeño calibre, con un estroma de infiltrado inflamatorio mixto con predominio eosinófilo y una mucosa suprayacente aplanada, que puede presentar grados variables de ulceración.⁽²⁾

La presentación clínica usualmente es asintomática, sin embargo, cuando están presentes pueden variar desde cuadros dispépticos a obstructivos, dependiendo del tamaño y ubicación de la lesión. En algunos casos comunicados los síntomas que comúnmente se han descrito son epigastralgia, pirosis y náuseas de larga evolución. No obstante, estas manifestaciones clínicas se encuentran presentes en otra serie de enfermedades mucho más frecuentes, por lo cual es necesario descartar las entidades asociadas.⁽³⁾

Se describe un paciente con cuadro dispéptico al cual se le realizó endoscopia digestiva superior detectando una lesión polipoidea en antro gástrico y se practicó polipectomía endoscópica de la misma, concluyéndose histopatológicamente como pólipo fibroide inflamatorio gástrico (granuloma eosinofílico).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 47 años, con antecedentes de hipertensión arterial, atendido en la consulta de gastroenterología por presentar epigastralgia, náuseas y distensión abdominal de tres meses de evolución y un estudio gastroduodenal baritado que informó imagen radiopaca heterogénea a nivel del *fundus* gástrico, la cual fue interpretada por el radiólogo como úlcera del *fundus*. En la exploración física no se hallaron signos relevantes. La endoscopia digestiva alta reveló a nivel de cara posterior de antro la existencia de una lesión polipoidea, sésil, de

aproximadamente 15 milímetros de diámetro, umbilicada en su cúspide y elástica al corte con el fórceps de biopsia y una mucosa antral con fino punteado eritematoso. Las biopsias de la lesión se concluyeron como pólipo hiperplásico. De forma programada el paciente fue citado a los 21 días para realizarle polipectomía endoscópica con asa de diatermia la cual transcurrió sin complicaciones. Se recuperó la pieza para estudio histológico y fue enviada al Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milián Castro, donde se procesó según técnicas de inclusión en parafina, y se obtuvieron cortes histopatológicos que se colorearon con hematoxilina-eosina. El resultado del informe histopatológico fue mucosa gástrica antral que muestra gastritis crónica activa moderada asociada a lesión submucosa similar a tejido de granulación (H&E 10X) y proliferación fibroblástica con abundante estroma laxo entremezclado con estructuras vasculares y respuesta inflamatoria con abundantes eosinófilos (H&E 40X). En ambas la conclusión histológica fue: pólipo fibroide inflamatorio (figura 1 y figura 2). Posterior a la resección endoscópica se le indicó tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) dos veces al día por 15 días, teniendo una evolución satisfactoria.

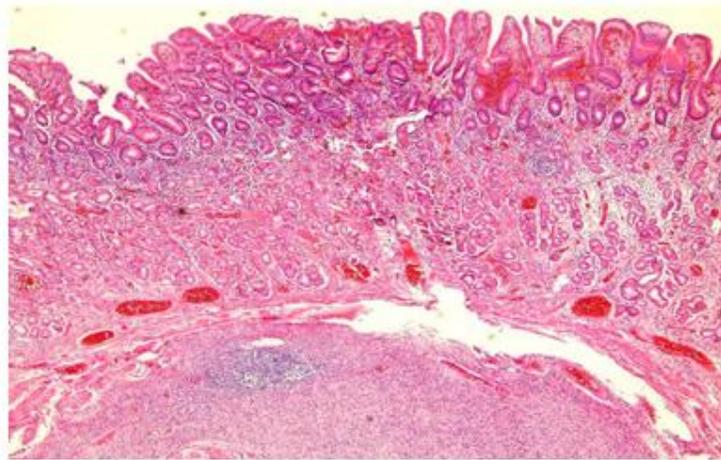


Fig. 1. Gastritis crónica activa antral moderada asociada a lesión submucosa similar a tejido de granulación (H&E 10x).

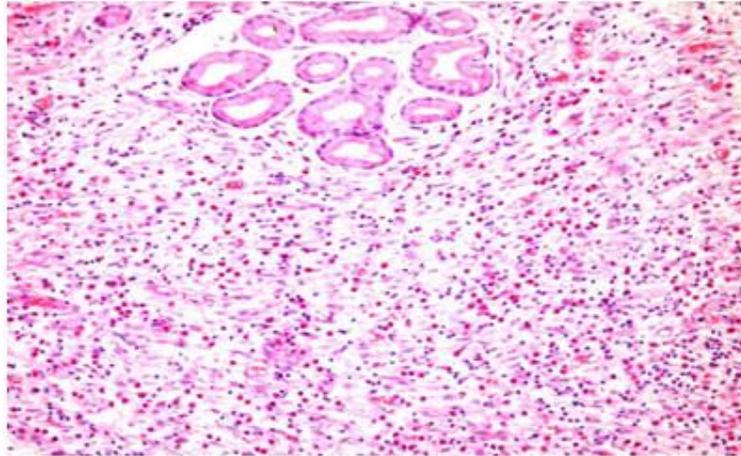


Fig . 2. Proliferación fibroblástica con abundante estroma laxo entremezclado con estructuras vasculares y respuesta inflamatoria con abundantes eosinófilos (H&E 40x).

DISCUSIÓN

El PFI es un tipo raro de tumor mesenquimal de origen submucoso del tracto gastrointestinal. Desde su descripción inicial hasta entonces, han sido publicados casos esporádicos, sin permitir establecer una incidencia real de esta entidad. Sin embargo, algunos autores han establecido que el PFI representa uno de los tumores gástricos benignos con menor frecuencia de presentación, con un rango del 1 al 4 % de diagnóstico entre las lesiones benignas del estómago.⁽²⁻⁵⁾

El PFI tiene un pico de incidencia a partir de la sexta década de la vida, con ligero predominio en el sexo masculino siendo la malignización un evento excepcional.⁽¹⁻³⁾ Concretamente en el presente caso se ratificó lo anteriormente descrito en relación al sexo, con diferencias en cuanto a la edad del diagnóstico, aunque otros autores han reflejado en sus trabajos que pueden aparecer a cualquier edad.

Cualquier parte del tracto gastrointestinal puede ser afectada, siendo la localización gástrica la más frecuente (80 %), tal como se presenta en este caso. Otros sitios en orden descendente son íleon, colon, yeyuno, duodeno y esófago.⁽⁶⁾

Los PFI de localización esofágica han sido mencionados como una complicación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico; el diagnóstico diferencial se realiza con leiomiomas.⁽²⁾

Los gástricos generalmente se asocian con gastritis por Hp, úlcera gástrica, adenoma o carcinoma, 80 % se localiza en el antro y el restante 20 % en cuerpo y cardias. El mayor tamaño registrado ha sido de 12 cm.⁽²⁾

Los intestinales le siguen en frecuencia a los gástricos y su mayor afección es en íleon distal, son raros en colon y duodeno. Se presentan principalmente con un cuadro de invaginación y de anemia crónica por ulceración.⁽⁶⁾

La causa de los PFI es desconocida; se han propuesto varias hipótesis para explicar su patogénesis pero la más aceptada es la teoría inflamatoria, según la cual el PFI

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* (Hp) puede jugar un papel relevante, mediante la secreción de factores de crecimiento por el propio Hp, las células epiteliales y los miofibroblastos de la mucosa.⁽³⁾

Por lo general suele ser asintomático. El inicio clínico puede presentarse con síntomas dispépticos, como dolor abdominal, náuseas, vómitos, anemia, así como pérdida de peso, hemorragia digestiva alta de origen oscuro o ambas. También se ha descrito sintomatología obstructiva a expensas de un posible y 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.^(4,5) En nuestro caso predominaron los síntomas dispépticos.

Los principales diagnósticos diferenciales deben establecerse con los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), la gastroenteritis eosinofílica, otros tumores benignos mesenquimatosos, las infecciones parasitarias y el tumor miofibroblástico inflamatorio.⁽⁵⁾

El aspecto endoscópico típico es el de una lesión polipoidea, sésil o pediculada, revestida por mucosa de aspecto normal, localizada en antro o región prepilórica y en ocasiones deprimida o ulcerada, por lo general, son únicos. De acuerdo con su tamaño pueden tener tres estadios que se consideran evolutivos: nodular (< 0,4 cm), fibrovascular ($\geq 0,4$ cm y $\leq 1,5$ cm) y esclerótico o edematoso (> 1,5 cm); cada uno con diferentes hallazgos histopatológicos.^(5,6) 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 las bibliografías revisadas.

La ecoendoscopia (EE) es un excelente método diagnóstico. El patrón ultrasonográfico más común es de una lesión de márgenes mal definidos, hipoecogénica, homogénea y localizada en la segunda, tercera capa o ambas, permaneciendo intacta la cuarta capa de la pared gástrica.⁽³⁾

Histológicamente se caracteriza por una proliferación de células fusiformes y estrelladas en la lámina propia o la submucosa a menudo en disposición perivascular y resulta llamativa la presencia de eosinófilos (aspecto de "tela de cebolla"). En 1997 los estudios inmunohistoquímicos demostraron que las células estromales son positivas con CD34. En 2000 se agregó al perfil el bcl-2 y el CD-117. Finalmente, en 2004, se estableció el perfil inmunohistoquímico definitivo.⁽⁵⁾

El tratamiento curativo es la remoción quirúrgica, aunque existe riesgo de recidiva, si no es completa. No requiere tratamiento adicional. En el 2005, se informó un caso tratado con polipectomía endoscópica y en 2007 con mucosectomía con disección submucosa.⁽⁶⁾ En este paciente la lesión se extirpó mediante polipectomía endoscópica al igual que un caso descrito en el año 2005 y no por remoción quirúrgica que es lo más recomendado porque el diagnóstico inicial de la lesión fue de pólipo hiperplásico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Ayala E, Mayorga Anaya HJ, Cárdenas Mastrascusa LR, Sandoval Martínez DK. Pólipo fibroide inflamatorio gástrico: a propósito de un caso. MED UIS [Internet]. 2010 [citado 1 Mar 2013];23(2):145-9. Disponible en: <http://www.medicasis.org/anteriores/volumen23.2/doc7.pdf>
2. Wysocki P, Taylor G, Windsor J. Inflammatory Fibroid Polyps of the Duodenum: A Review of the Literature. Dig Surg. 2007;24(3):162-8. Citado en PubMed; PMID: 17476106.
3. Alfonso Morales-Fuentes G, De Ariño-Suárez M, Zárate-Osorno A, Rodríguez-Jerkov J, Terrazas-Espitia F, Pérez-Manauta J. Pólipo de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio. Informe de un caso y revisión de la literatura. Cir Cir [Internet]. 2011 [citado 12 Ene 2013];79. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2011/cc113i.pdf>
4. León-Espinoza C, Gómez-Mateo M, López-Mozos F, Marti-Obio R, Raga-Vazquez J, Ortega-Serrano J. Does Adult Intestinal Invagination Need Surgery? Report of a Case and Review of Literature. International J Clin Med. 2011; 2:456-8.
5. Guçu E, Ghidirim G, Mişin I, Iakovleva I, Vozian M. Bleeding gastric inflammatory fibroid polyp (Vanek's tumor). Chirurgia (Bucur). 2010; 105(1):137-40. Citado en PubMed; PMID: 20405696.
6. Tarafa Rosales Y, Arrué Guerrero A, Acosta López J, Rodríguez Rodríguez R, Cabreja Acuña MO, Orlando Rosales González S. Tumor gástrico estromal. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2011 Ene-mar [citado 12 Ene 2013];(40)1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000100009&lng=es&nrm=iso

Recibido: 5 de mayo de 2013.

Aprobado: 16 de junio de 2013.

Adrián Marcos Mellado Pérez. Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milián Castro. Avenida Nuevo Hospital e/ Circulación y Doble Vía. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: mlara@hped.vcl.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Mellado Pérez AM, Hernández Cubas MO, Lara Martín M. Tumor de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio. Reporte de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 Jul-Ago [citado: fecha de acceso]; 35(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol4%202013/tema10.htm>