

Pólipo fibroide inflamatorio gástrico: a propósito de un caso

*Ernesto García Ayala **
*Henry Jair Mayorga Anaya ***
*Laura Rosario Cárdenas Mastrascusa ****
*Diana Katherine Sandoval Martínez ****

RESUMEN

El pólipo fibroide inflamatorio o tumor de Vanek, es una lesión benigna, rara y de localización submucosa, 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 y con menos frecuencia en duodeno, yeyuno e íleon. En este informe, se presenta la revisión de un caso de pólipo fibroide inflamatorio diagnosticado en el Hospital Universitario de Santander en el 2009, la cual es de gran valor debido a la infrecuencia de la lesión y la escasa literatura local al respecto. (MÉD. UIS. 2010;23(2):134-8).

Palabras clave: Pólipo fibroide inflamatorio. Granuloma eosinofílico. Pseudotumor inflamatorio.

SUMMARY

The inflammatory fibroid polyp or Vanek's tumor is a rare, benign lesion with submucosal localization, which location may be along the digestive tract, being more common in the gastric antrum (80%), although has also been described in the esophagogastric junction and less frequently in the duodenum, jejunum and ileum. In this report, it's provided a review of a case of inflammatory fibroid polyp diagnosed at the Hospital Universitario de Santander in 2009, which is of great value because of the rarity of the injury and the limited local literature about it. (MÉD. UIS. 2010;23(2):134-8).

Keywords: Inflammatory fibroid polyp. Eosinophilic granuloma. Inflammatory pseudotumor.

INTRODUCCIÓN

El Pólipo Fibroide Inflamatorio (PFI) o tumor de Vanek^{1,2}, es una lesión infrecuente que se origina en la submucosa del tracto gastrointestinal, de ubicación preferente en el antro gástrico en un 80%^{2,3,5}. No obstante, la unión gastroesofágica y con menor frecuencia duodeno, yeyuno e íleon también se han descrito como asiento de esta patología^{1,5,7}.

El PFI suele presentarse como una lesión única principalmente en el estómago distal; la cual, está compuesta por tejido fibromuscular entremezclado con estructuras vasculares de pequeño calibre, con un estroma que muestra un infiltrado inflamatorio mixto

de predominio eosinófilo y una mucosa suprayacente aplanada, que puede presentar grados variables de ulceración.

La presentación clínica del PFI usualmente es asintomática; sin embargo, cuando están presentes pueden variar desde dispépticos a obstructivos dependiendo del tamaño y ubicación de la lesión¹. En algunos casos reportados los síntomas que comúnmente se han descrito son dolor abdominal (epigastralgia), pirosis y náuseas con un tiempo de larga duración. Sin embargo, estos síntomas se encuentran presentes en otra serie de enfermedades mucho más frecuentes, por lo cual es necesario descartar las patologías asociadas. Los pacientes pueden presentar

*MD Patólogo. Profesor Titular Laureado. Departamento de Patología. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Santander. Colombia.

**Estudiante de medicina 10º nivel. Escuela de medicina. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Santander. Colombia.

***MD Residentes de segundo año de Patología. Departamento de Patología. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Santander. Colombia.

Correspondencia: Dr. García. e-mail: egarcia@uis.edu.co

Artículo recibido el 26 de febrero de 2010 y aceptado para publicación el 09 de agosto de 2010.

anemia secundaria a hemorragia de vías digestivas, propia de la ulceración del pólipos^{4,9,13,18}.

El objetivo de este artículo es exponer un caso diagnosticado histopatológicamente en el Departamento de Patología de la Universidad Industrial de Santander en una muestra de patología enviada por el Hospital Universitario de Santander en el 2009, y hacer una revisión de la literatura de esta entidad, dada la infrecuencia de su diagnóstico y a la escasa información local al respecto.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta una mujer de 66 años de edad, quien acudió a consulta médica por cuadro clínico de seis meses de evolución caracterizado por epigastralgia, pirosis, náuseas y vómitos ocasionales con contenido hemático, sin otra sintomatología asociada, ni antecedentes personales y familiares de importancia. Como únicos datos positivos al examen físico, se encontró dolor a la palpación superficial y profunda de la región epigástrica. Con impresión diagnóstica de enfermedad ácido-péptica, se solicitó endoscopia de vías digestivas altas, la cual evidenció gastritis aguda y en antro gástrico la presencia de una lesión de tipo polipoide, sésil, eritematosa, sin ulceraciones y de aproximadamente dos centímetros de diámetro.

Se realizó toma de biopsias y exéresis de la lesión sin complicaciones. El material extraído es enviado al Departamento de Patología de la Universidad Industrial de Santander, donde se procesa según técnica de inclusión en parafina y se obtienen cortes histopatológicos que se colorean con hematoxilinaeosina y coloraciones de histoquímica que incluyen Tricrómico de Masson y reticulina, el cual además del PFI confirma la presencia de gastritis crónica antral no atrófica con actividad moderada asociada a la presencia de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). La paciente recibió tratamiento médico, presentando mejoría de su sintomatología, y en sus seguimientos endoscópicos se demostró resolución de la gastritis, sin evidencia de otras lesiones o recidiva de la lesión polipoide.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El exámen macroscópico de la pieza mostró una masa oval de 2,5 cm de diámetro, que presentaba una coloración blancoamarillenta y consistencia firme. Al corte su superficie interna es homogénea y blanquecina. Se procesó en su totalidad.

En el estudio microscópico se observó en localización submucosa una lesión polipoidea bien definida (Figura 1); constituida por proliferación de

elementos celulares fusiformes con núcleos ahusados de cromatina uniforme, citoplasma abundante que se disponen en un patrón histopatológico de tipo estoriforme, con tendencia a la formación de borlas alrededor de los vasos sanguíneos presentes, los cuales son de pequeño calibre, se encuentran revestidos por una capa única de células endoteliales y poseen engrosamiento hialino de sus paredes (Figura 2).

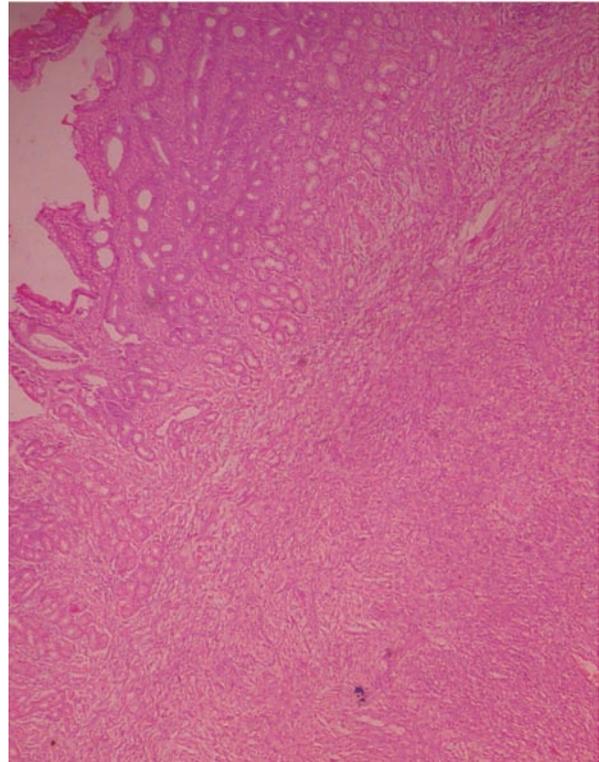


Figura 1. Pólipo fibroide inflamatorio gástrico. Aplanamiento focal de la mucosa y localización submucosa de la lesión. (H&E 4x)

Se evidenció además, intenso aflujo inflamatorio mixto con abundantes eosinófilos (Figura 3). La mucosa suprayacente se encontró aplanada, revestida por un epitelio columnar mucosecretor con algunas glándulas dilatadas y sobre una lámina propia congestiva se observó moderado infiltrado inflamatorio mixto constituido por linfocitos, plasmocitos, neutrófilos y eosinófilos. La coloración de histoquímica de Tricrómico de Masson resalta las células fusiformes (Figura 4). Se realizaron marcadores tumorales por técnica de inmunohistoquímica que mostraron positividad para CD 34 y vimentina, y negatividad para citoqueratinas y bcl 2 (Figura 5). Con los hallazgos morfológicos anteriormente descritos, se realizó el diagnóstico de PFI gástrico.

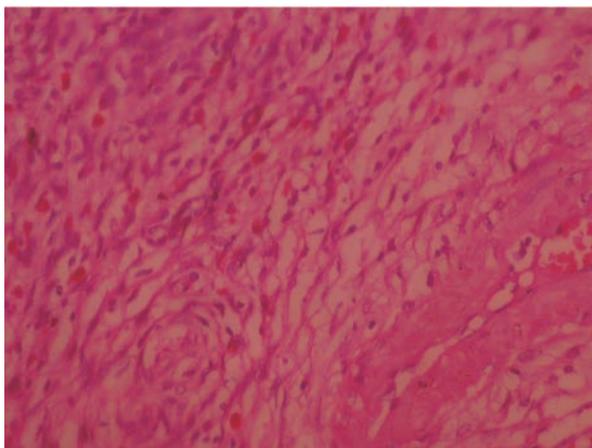


Figura 2. Fibrosis concéntrica rodeando los vasos sanguíneos y eosinófilos (H & E 40x).

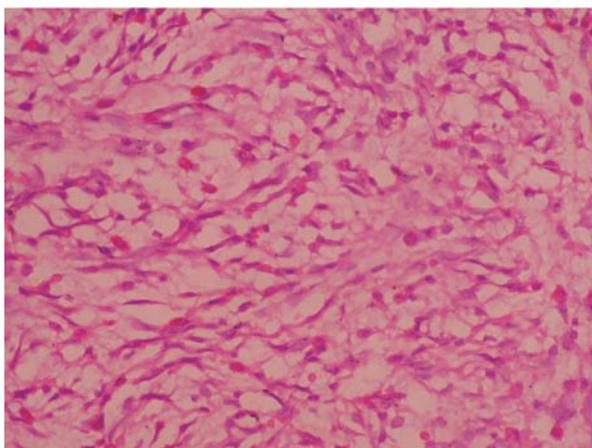


Figura 3. Apariencia fusiforme y mixoide del estroma, entremezclado con numerosos eosinófilos. (H&E 40x)

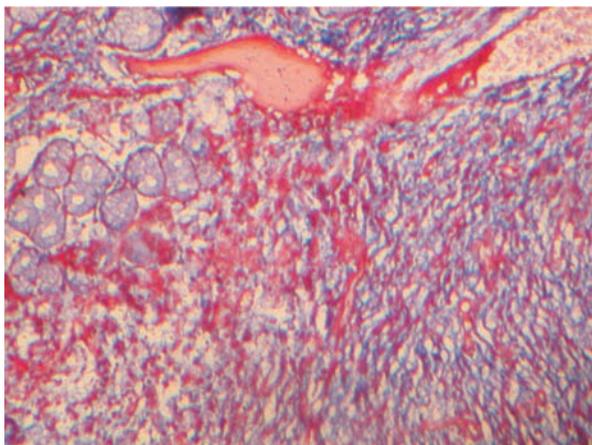


Figura 4 .Tricrómico de Masson (10x).

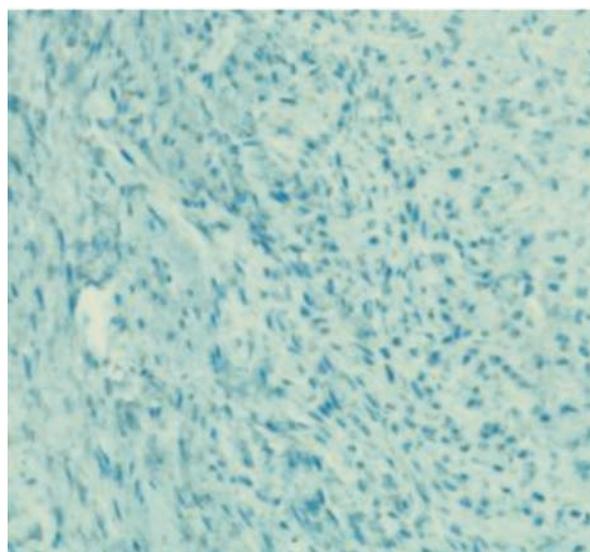


Figura 5. Tinción de inmunohistoquímica con completa ausencia de reactividad para citoqueratinas.

DISCUSIÓN

El PFI es un tipo raro de tumor mesenquimal de origen submucoso del tracto gastrointestinal. Se describió por primera vez como entidad patológica por J. Vanek en 1949 cuando presentó seis casos de esta lesión diagnosticados como granulomas de la submucosa gástrica con infiltración eosinofílica¹⁰. Pero sólo fue hasta 1953, cuando Helwig y Ranier^{5,14} acuñaron el nombre de PFI, basándose en las características anatomopatológicas encontradas. Desde entonces han sido reportados 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^{7,8}.

En nuestro medio no existen estadísticas ni reportes de casos donde se logre establecer realmente la frecuencia con la cual se diagnostica esta entidad patológica.

La localización más frecuente del PFI en el tracto gastrointestinal es el estómago, principalmente como pólipos localizados en el antro gástrico tal como se presenta en este caso. No obstante, también se han descrito en el intestino delgado, colon y esófago^{7,13,16}.

Los pacientes con PFI por lo general se encuentran entre la quinta y séptima década de la vida. Se ha descrito una relación mujer-hombre de 2,8:1 en la

ocurrencia de esta lesión^{2,18}. Concretamente en el presente caso y ratificando lo anteriormente descrito se diagnosticó en una mujer de 66 años.

Los signos y síntomas de presentación clínica varían dependiendo del lugar y tamaño de la lesión³. Por lo general suele ser asintomático en la mayoría de los casos. El debut clínico puede presentarse como síntomas dispépticos, asociado a dolor abdominal tipo epigastralgia, con náuseas y algunas veces vómito, o también con sintomatología obstructiva a expensas de un posible y rápido crecimiento de la lesión la cual puede ejercer un efecto de presión valvular sobre el píloro¹¹. La hemorragia de vías digestivas altas, es consecuencia de la ulceración del pólipo^{4,9,13,18}.

El PFI suele presentarse como una lesión llamativa, por el crecimiento de la submucosa que protruye hacia la luz gástrica, con un pedículo más o menos ancho, que puede presentar fenómenos ulcerativos. Histopatológicamente, se observan células mesenquimatosas fusiformes, proliferación de fibro-blastos, con abundante neovascularización, con un infiltrado inflamatorio rico en eosinófilos y matriz extracelular^{11,12}. En este caso la lesión polipoide fue sénil sin evidencia de eritema o hemorragia en sus paredes. En cuanto a los hallazgos microscópicos requeridos para hacer el diagnóstico de PFI, no hubo diferencias.

Inicialmente se discutió si esta lesión era o no una neoplasia, lo cual condujo finalmente a establecer que probablemente se desarrolla un fenómeno de reactivación benigno similar a un granuloma piógeno¹⁸ en respuesta a un irritante aún incierto^{14,15}.

La histogénesis de este tumor benigno no es bien conocida, aunque la hipótesis más aceptada es que se origina de las células dendríticas intersticiales de la muscularis mucosae. Sin embargo, su poca o nula reactividad inmunohistoquímica al marcador bcl-2, coloca de nuevo la discusión con respecto al verdadero origen de este tumor^{17,20}. Se le ha intentado relacionar con los tumores estromales gastrointestinales pero esta asociación no ha sido soportada por la literatura, incluso el perfil inmunohistoquímico del PFI, el cual es siempre positivo a CD34, fascina, ciclina-D1, calponina y vimentina, así como la ausencia del marcador c-kit confirma su probable no asociación a estos tumores estromales gastrointestinales^{3,4,6,13,20}. También se ha descrito en la literatura, asociaciones de esta entidad patológica, con desórdenes inmunológicos, como virus de la inmunodeficiencia humana¹⁸, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn y neurofibromatosis, de las cuales ninguna se presentó en este caso.

La infección por *H. pylori*, parece tener implicaciones fisiopatológicas en el desarrollo de PFI, postulándose la hipótesis que algunos PFI son el resultado de una

respuesta inmune frente a la infección crónica de *H. pylori*¹⁹. La reversión de ulceraciones presentes en el PFI, después de tratamiento erradicador de la infección por *H. pylori* en pacientes que presentaban ambas comorbilidades, ha generado una serie de estudios al respecto, sin resultados satisfactorios al momento, quedando simplemente en un hecho especulativo^{10,19}. No obstante, en este caso, la paciente se encontró positiva para infección por *H. pylori*, además del PFI, sin antecedentes personales de importancia de enfermedad ácido péptica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vaneck J. Gastric submucosal granuloma with eosinophilic infiltration. Am J Pathol 1949;25:397-411.1. Stolte M, Finkenzeller G. Inflammatory fibroid polyp of the stomach. Endoscopy 1990;22:203-7
2. Voranush C, Phisek Y. Unusual manifestations of gastric inflammatory fibroid polyp in a child. World J Gastroenterol 2004;10(3):460-2
3. Rosai J. Surgical Pathology, Elsevier 2004. Ninth Edition: 659-60.
4. Santos G, Alves V. Inflammatory Fibroid Polyp: An immunohistochemical study. Arq Gastroenterol 2004;41(2):104-7.
5. Helwig EB, Ranier A. Inflammatory fibroid polyps of the stomach. Surg Gynecol Obstet 1953;96:355-67.
6. Van de Rijn, Hendrickson MR, Rouse RV. An immunohistochemical study of inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal tract. Appl Immunohistochem 1994;211:54-9.
7. Liron P, Donald A, Geraldine P. Inflammatory Fibroid Polyps of the Gastrointestinal Tract. Evidence for a Dendritic Cell Origin. Am J Surg Pathol 2004;28:107-14.
8. Hasegawa T, Yang P, Kagawa N, Hirose T, Sano T. CD34 expression by inflammatory fibroid polyps of the stomach. Mod Pathol 1997;10:451-6.
9. Makhlof HR, Sobin LH. Inflammatory myofibroblastic tumors (inflammatory pseudotumors) of the gastrointestinal tract: how closely are they related to inflammatory fibroid polyps? Hum Pathol. 2002;33:307-15
10. Stolte M, Finkenzeller G. Inflammatory fibroid polyp of the stomach. Endoscopy 1990;22:203-7
11. Guerra JA, Ibañez F. Polipo fibroide inflamatorio gástrico. REV ESP ENFERM DIG 2006;98(6):477-83
12. Medina Pérez M, Karim Abdul M, Oliva Mompeán F. Pólipo fibroide inflamatorio múltiple de colon derecho. Patología 1997;30(2):139-41.
13. Aguilar Davidov B, Chablé Montero F, Medina Franco H. Pólipo fibroide inflamatorio gástrico gigante. Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Gastroenterol Mex 2008;73(4):239-41.
14. Madrigal Rubiales B, Vara Castrodeza A, Fresno Forcelledo M. Invaginación ileocecal causada por un pólipo fibroide inflamatorio. Cir Esp 2000;67:500-2.
15. Daum O, Hes O, Vanecek T. Vaneck's tumor (inflammatory fibroid

- polyp). Report of 18 cases and comparison with three cases of original Vanek´s series. *Ann Diagn Pathol* 2003; 7 (6): 337-47.
16. Godey S, Diggory R. Inflammatory fibroid polyp of the oesophagus. *World Journal of Surgical Oncology* 2005;3 (30):1-4.
 17. Greenson J. *Gastrointestinal Stromal Tumors and Other Mesenchymal Lesions of the Gut*. United States and Canadian Academy of Pathology 2003;16(4):370-1.
 18. Wysocki P, Taylor G, Windsor J. Inflammatory Fibroid Polyps of the Duodenum: A Review of the Literature. *Dig Surg* 2007;24: 162-8.
 19. Nishiyama Y, Koyama S, Andoh A. Gastric inflammatory fibroid polyp treated with *Helicobacter pylori* eradication therapy. *Intern Med* 2003;42(3):263-7.
 20. Kim MK, Higgins J, Cho EY. Expression of CD34, bcl-2, and kit in inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal tract. *Appl. Immunohistochem. Mol Morphol* 2000;8(2):147-53.