

Tumor de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio gástrico. Presentación de dos casos en Medellín

Presentation of two cases of Vanek's tumor (inflammatory fibroid polyp) in Medellín

Alberto Bernal Eusse, MD,¹ Ana María Cock Botero, MD,¹ María del Pilar Pérez, MD,¹ Carolina Bernal Cuartas, MD.¹

¹ Gastroestudio Clínica Las Vegas, Medellín, Colombia

Fecha recibido: 16-05-12
Fecha aceptado: 23-10-12

Resumen

Se reportan dos casos de pólipo fibroide inflamatorio (PFI) o tumor de Vanek. El primero corresponde a una mujer de 63 años, con cuadro clínico de dolor abdominal. En la endoscopia digestiva se encuentra pólipo antral, que se reseca; el estudio anatomopatológico informa los hallazgos clásicos de un pólipo fibroide inflamatorio. El segundo caso es un paciente de sexo masculino, 63 años, que ingresa en choque hemorrágico por hematemesis masiva. En la endoscopia se evidencia una lesión de Dieulafoy en el cardias y una lesión polipoide en antro que se reseca. El estudio anatomopatológico informa una histología inusual que requiere estudio de inmunohistoquímica para confirmar el diagnóstico de PFI.

Palabras clave

Pólipo gástrico, pólipo fibroide gástrico, tumor de Vanek, enfermedad de Dieulafoy.

Abstract

We report on two cases of inflammatory fibroid polyps in the stomach (Vanek's tumor). The first patient was a 63-year-old woman with abdominal pain for whom resection of an antral polypoid lesion was done. This polyp presented classical histopathology. The second case was a 63-year-old male patient who was admitted to the hospital with hemorrhagic shock due to hematemesis. During endoscopy a Dieulafoy's lesion was found in the cardia of the stomach and a polypoid lesion was found in the antrum. Unusual histopathology required that the diagnosis be confirmed by immunohistochemistry.

Key words

Gastric polyp, inflammatory fibroid gastric polyp, Vanek's tumor, Dieulafoy's lesion.

INTRODUCCIÓN

El pólipo fibroide inflamatorio (PFI) es una lesión pseudo-tumoral, poco frecuente, descrita por Vanek en 1949 (1) y mal llamada tumor, pues su estructura corresponde al grupo de pólipos mesenquimales benignos. Se origina en la submucosa y está formado por tejido fibroso y estructuras vasculares, con un prominente infiltrado inflamatorio,

donde se destacan numerosos eosinófilos. La mucosa que lo recubre puede ser normal o tener cambios por ulceración, inflamación o regeneración secundaria a erosión. Suele ser una lesión única, antral o prepilórica.

La sintomatología clínica varía desde asintomático a dispepsia, dolor abdominal inespecífico, hemorragia digestiva alta u obstrucción intestinal por efecto valvular en el píloro (2).

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Mujer de 63 años que consulta por epigastralgia; en la endoscopia digestiva superior se encuentra pólipo de 10 mm y características benignas (figura 1) que se reseca con asa térmica y cuyo diagnóstico histopatológico es el de pólipo fibroide inflamatorio (figura 2).

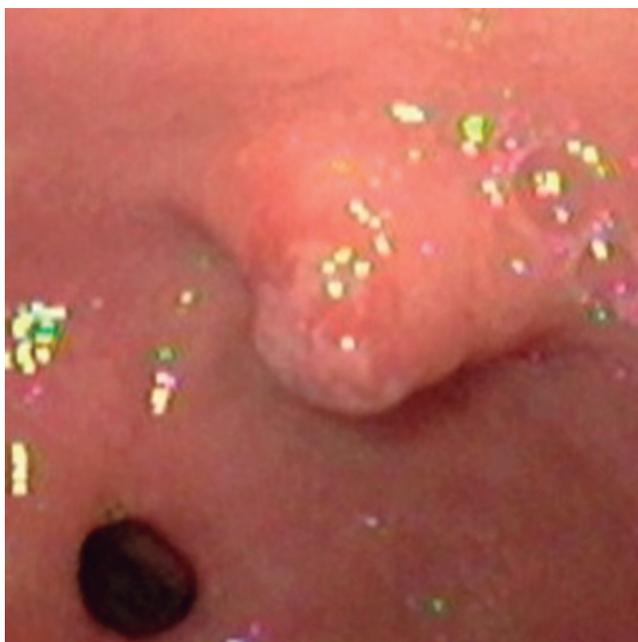


Figura 1. Pólipo antral.

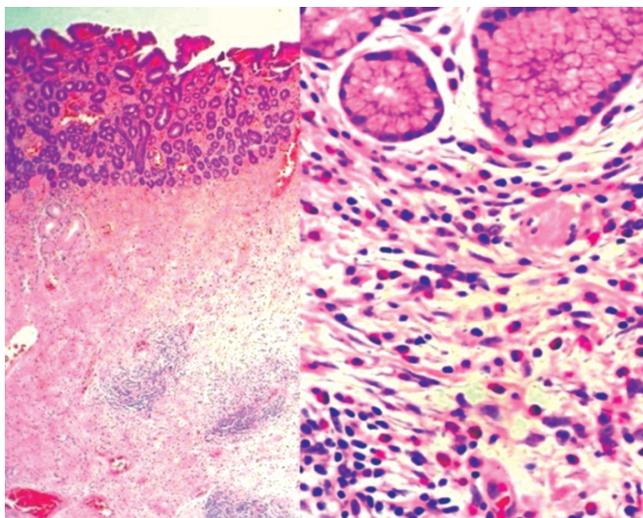


Figura 2. Histología clásica del PFI. En lado derecho se observa el marcado incremento de eosinófilos.

Caso 2

Hombre de 63 años que consulta por 8 horas de evolución de melenas y hematemesis que lo llevan a anemia aguda. Se practica endoscopia digestiva superior urgente y lavados gástricos en los que se extrae sangre fresca y se encuentra pólipo localizado en región prepilórica, de 10 mm, con pedículo amplio y sin signos de sangrado reciente ni hemorragia activa, que no explica el sangrado masivo (figura 3). Se repiten los lavados exhaustivos, hasta encontrar una lesión subcardial correspondiente a enfermedad de Dieulafoy, que se trata con escleroterapia y posteriormente se realiza polipectomía con asa térmica.

El estudio de anatomía patológica muestra una formación polipoide recubierta por mucosa gástrica antral, con zonas de metaplasia intestinal completa e incompleta y erosión superficial. Subyacente a esta zona, se encuentra proliferación vascular y de células fusiformes, con núcleos aumentados de tamaño, nucléolo notorio y citoplasma amplio, de bordes indistintos, que se disponen formando haces. Algunas de estas células tienen un pigmento de color pardo en gránulos gruesos. Hay también intenso infiltrado inflamatorio, con predominio de eosinófilos.

Se realiza inmunohistoquímica con HMB45, c-KIT, cóctel de citoqueratinas y S-100, que son negativos. El CD34 es positivo en las células en estudio, confirmando el diagnóstico de PFI.

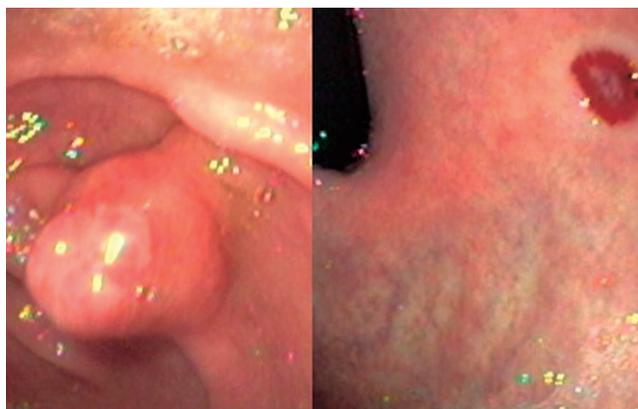


Figura 3. Pólipo antral y enfermedad de Dieulafoy.

DISCUSIÓN

La incidencia de los pólipos gástricos en la literatura es de 0,1 a 0,8% en las series de autopsia. No obstante, en las basadas en hallazgos endoscópicos muestran una frecuencia mayor, entre el 1 y el 4%, de las endoscopias realizadas (2).

De un total de 3.531 biopsias gástricas examinadas en nuestro centro durante el año 2009, se encontraron y

estudiaron 54 lesiones polipoides (1,5%), de las cuales 2 correspondieron a PFI, lo que equivale a una frecuencia de 3,7% de las lesiones polipoides endoscópicas, hallazgo similar a lo descrito en la literatura.

El PFI fue descrito por Vanek; su incidencia es escasa, la localización más frecuente es la región prepilórica, aunque puede encontrarse en cualquier sitio del tracto digestivo. Se ha descrito en la unión esófago-gástrica y con menos frecuencia en duodeno, yeyuno e íleon (3).

La sintomatología de estas lesiones es variable y está directamente relacionada con el tamaño, encontrándose sangrado crónico abundante en los pólipos erosionados y cuadro mecánico con obstrucción o intususcepción en los de gran tamaño (4). Generalmente ocurren en la sexta década de la vida (5).

En la ecoendoscopia se observa una masa hipocogénica, homogénea, de origen submucoso.

En estudio histológico está formada por células fusocelulares que se entremezclan con infiltrado inflamatorio, con una llamativa abundancia de eosinófilos; no suele encontrarse eosinofilia periférica. No se ha encontrado correlación entre el PIF y las enteritis eosinofílicas; tampoco con la presencia de parásitos.

En el diagnóstico diferencial histológico se deben considerar: el tumor gastrointestinal estromal (GIST), el pólipo miofibroblástico inflamatorio y la gastroenteritis eosinofílica.

La inmunohistoquímica juega un papel importante en la clasificación tumoral de las células fusiformes que son CD34 y vimentina positivas y S100, cKit y desmina negativas (4-6).

Aunque la histogénesis es controversial, el origen más probable son las células dendríticas o células CD34 positivas perivasculares. Ultraestructuralmente se encuentran muchas células proliferantes de apariencia mioepitelial y células endoteliales bien representadas.

Los PFI presentan mutaciones en el gen PDGFRA (receptor del factor de crecimiento derivado de plaquetas alfa).

El tratamiento de las lesiones de tamaños inferiores a los 3 cm ha sido la resección endoscópica con asa térmica; en caso de resección incompleta, se puede concluir con argón plasma láser (7). La gastrectomía ha sido usada en muy escasos pacientes con tumores de gran tamaño, donde se ha sospechado tumor maligno durante el acto operatorio, o cuando la tomografía computarizada informa sospecha de invasión o malignidad (8). Se ha descrito que hasta el 8% de los PFI es concomitante con adenoma o carcinoma.

Aunque la etiología precisa no es clara, se ha postulado que los PFI se relacionan con infecciones, alergias, cirugía previa o trauma, que al causar daño de la mucosa pueden incitar una respuesta inflamatoria en la submucosa adyacente y estimular la formación de masa polipoide.

Las lesiones asociadas incluyen gastritis por *Helicobacter pylori*, úlcera, adenoma o carcinoma (9). Otros estudios sugieren que los PFI son más frecuentes en pacientes con gastritis atrófica y anemia perniciosa.

Aunque algunos estudios sostienen que la infección por *Helicobacter pylori* causa la lesión, esto no ha sido comprobado (10). Hay un reporte de un caso que disminuyó de tamaño solo con el tratamiento de erradicación de la bacteria (11). En nuestros dos pacientes no se demostró infección por *Helicobacter pylori*.

Los pocos casos de la literatura indican que las recurrencias son poco frecuentes después de una adecuada resección endoscópica o quirúrgica.

CONCLUSIONES

1. Los síntomas del PFI antes de realizar una endoscopia digestiva superior pueden ser:
 - Suboclusión antropilórica en los casos de pólipos de gran tamaño.
 - Sangrado digestivo en los pólipos erosionados.
2. En la endoscopia se sospecha el pólipo de Vanek por:
 - Pedículo amplio, por ser de origen mesenquimatoso; con mucosas gástricas sanas o similares a las mucosas vecinas. Esto hace diagnóstico de tumor submucoso y como tal requiere resección para diferenciarlo de un GIST.
 - La característica más frecuente es la ulceración superficial en la zona más prominente. A diferencia de los adenomas, las microbiopsias con pinza no hacen el diagnóstico de PFI, cuando son tomadas de la base de implantación o las zonas laterales no erosionadas.
 - La inmunohistoquímica después de la resección del tumor, confirma el diagnóstico definitivo.

REFERENCIAS

1. Vanek J. Granuloma gástrica submucosa con infiltración eosinofílica. *Am J Pathol* 1949; 25: 397-411.
2. Aguirre A, Vázquez JL. Pólipos gástricos. *Revista gastroenterol* 2000; 4: 213-222.
3. Guerra Bautista JA, F Ibáñez Delgado, et al. Inflammatory fibroid polyp of the stomach. *Rev Esp Enferm Dig* 2006; 98(6): 482-483.
4. Galbfach PJ, et al. Inflammatory fibroid polyp of the stomach –a case report. *Pol Merkur Lekarski* 2009; 26(152): 125-126.
5. Odze R, Goldblum J. *Surgical pathology of the GI tract, liver, biliary tract and Pancreas*. Saunders; 2009. p. 439-441.
6. Tocchi A, G Mazzoni, et al. Inflammatory fibroid polyp of the stomach. Report a case. *G Chir* 1997; 18(8-9): 413-416.

7. Neneman B, A Gasiorowska, et al. The efficacy and safety of argon plasma coagulation (APC) in the management of polyp remnants in stomach and colon. *Adv Med Sci* 2006; 51: 88-93.
8. Cheol H, Yang KM, et al. CT Findings of a Gastric Inflammatory Fibroid. *J Korean Soc Radiol* 2009; 60: 271-274.
9. Fenoglio-Preiser C. *Gastrointestinal Pathology*. Lippincott William & Wilkins; 2008. p. 215-216.
10. Shalom A, Wasserman I, et al. Inflammatory Fibroid Polyp and *Helicobacter Pylori*. Etiology or Coincidence? *European Journal of Surgery* 2000; 166(1): 54-57.
11. Nishiyama Y, Koyama S, Andoh A, Kishi Y, Yoshikawa K, Ishizuka I, Yokono T, Fujiyama Y. Gastric inflammatory fibroid polyp treated with *Helicobacter pylori* eradication therapy. *Intern Med* 2003; 42: 263-267.