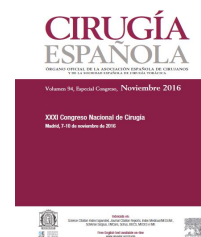




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-180 - TUMOR DE VANEK

Utrillas Martínez, Ana Cristina; Moreno Olivieri, Alberto; San Antón Beranoaguirre, Joanna; Muniesa Martínez, José Ángel; Garza Trasobares, Emilio; Ariño Pérez, Inés; Oset García, Monica; del Val Gil, José María

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Resumen

Objetivos: Describir 3 casos recientes de tumor de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio (PFI) diagnosticados en nuestro Servicio. Revisar la literatura respecto a esta patología. Estudio descriptivo retrospectivo de 3 casos clínicos.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 75 años que en gastroscopia por epigastralgia se objetiva lesión polipoidea antral de unos 2,5 cm. Se realiza biopsia que informa de gastritis crónica y es seguida en consultas de Digestivo. La lesión permanece estable durante 3 años. Se solicita ecoendoscopia que muestra lesión submucosa antral, sugestiva de tumor GIST, por lo que se decide intervención quirúrgica, realizándose una antrectomía con reconstrucción tipo Billroth III. El estudio anatomopatológico informó de pólipo fibroide inflamatorio. Caso 2: mujer de 55 años que debuta con HDA en forma de vómitos en posos de café. Se realiza gastroscopia que demuestra una lesión polipoidea antral de 2,5 cm. Se realiza polipectomía endoscópica, cuyo resultado anatomopatológico fue PFI. Caso 3: mujer de 75 años que presenta HDA en forma de melenas con anemia importante. Se realiza gastroscopia que muestra lesión polipoidea en antro de unos 3 cm. Se programa cirugía, realizándose gastrotomía + polipectomía que incluye parte de pared posterior gástrica, que se sutura. Se realiza estudio intraoperatorio que descarta células tumorales. El diagnóstico anatomopatológico fue de PFI.

Discusión: El tumor de Vanek o PFI es poco frecuente. Se trata de un pólipo submucoso benigno compuesto por tejido fibroconectivo laxo y eosinófilos. Puede presentarse en cualquier tramo del tubo digestivo, aunque es más frecuente en el estómago, donde representa el 3% de los pólipos gástricos. Su principal localización es prepilórica. Se ha visto asociación con gastritis por *Helicobacter pylori*, úlcus gástrico, adenoma o carcinoma. Otros estudios sugieren que son más frecuentes en pacientes con gastritis atrófica y anemia perniciosa. El principal diagnóstico diferencial hay que hacerlo con los tumores GIST, gastroenteritis eosinofílica, y otros tumores benignos mesenquimatosos. Es una lesión histológicamente benigna, sin potencial metastásico. La inmunohistoquímica juega un papel importante, pues son CD 34 y vimentina positivos. Suele producir clínica de suboclusión, hemorragia digestiva, dolor abdominal difuso o dispepsia. Su tratamiento es la resección, que puede ser quirúrgica o endoscópica, en función del tamaño y de la sospecha de tumoración maligna.