



P-181 - TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO GÁSTRICO

Martínez Alcaide, Sonia; del Pino Porres, Javier; Castillo García, Encarnación; Lorenzo Pérez, Javier; Pedrosa Soler, Marta; Abouzeid Abouzeid, Mohamed Wafik; Pérez Guillen, Javier; Ballester Sapiña, Juan Blas

Hospital de la Ribera, Alzira.

Resumen

Introducción: El tumor miofibroblástico inflamatorio, también denominado pseudotumor inflamatorio, es una neoplasia mesenquimal infrecuente, constituida por una proliferación de células fusocelulares con un componente inflamatorio. Afecta más a niños y adultos jóvenes. El pulmón es la localización más habitual. Se han descrito casos en el mesenterio, epiplón, retroperitoneo, extremidades, cabeza y cuello, tracto genitourinario; sin embargo, su presencia en el estómago es rara.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 51 años, con antecedente de úlcera gástrica y erradicación de *H. pylori*, que ingresa por dolor abdominal tipo cólico y melenas de 3 días de evolución. Se realiza una endoscopia objetivando en curvatura mayor gástrica una formación polipoidea de unos 5 cm, friable, con focos de ulceración en superficie. La analítica no muestra alteraciones relevantes. En imagen de TC se observa la lesión de aspecto polipoideo en pared anterior de antro gástrico, que no asocia afectación de la grasa ni adenopatías locales. El diagnóstico de la biopsia es de tumor maligno mesenquimal con diferenciación muscular, sin poder descartar carcinosarcoma. Ante los hallazgos endoscópicos e histológicos y dada la sospecha de malignidad, se decide realizar cirugía radical. Se realiza gastrectomía total con interposición intestinal y linfadenectomía D2. El postoperatorio transcurre sin incidencias. El resultado de anatomía patológica es de tumor miofibroblástico inflamatorio y adenitis reactiva en 10 adenopatías aisladas.

Discusión: Ante un paciente con una lesión infiltrativa gástrica con diferenciación muscular se debe incluir en el diagnóstico diferencial el tumor miofibroblástico inflamatorio. Clínica, radiológica e histológicamente puede simular una neoplasia maligna. Pueden extenderse a través de la pared gástrica, algunas veces alcanzando órganos adyacentes. Los síntomas principales son masa, dolor y manifestaciones sistémicas. Algunos pacientes presentan disfagia, oclusión intestinal, hematemesis y melenas o rectorragia. Las anormalidades de laboratorio pueden ser anemia hipocrómica microcítica, reticulocitosis, trombocitosis, hiperglobulinemia, leucocitosis y elevación de la velocidad de sedimentación globular. La etiología de este tumor se desconoce. Se han sugerido factores predisponentes como cirugía previa, trauma, infecciones, reacción inmunológica, esteroides y radioterapia. El diagnóstico diferencial es con tumores estromales gastrointestinales, tumores del sistema nervioso autónomo gastrointestinal, linfoma, leiomioma, rabdomiosarcoma, carcinosarcoma, tuberculosis, teratoma, adenoacarcinoma, hamartoma y neuroblastoma. La

resección quirúrgica es el tratamiento de elección. Las recurrencias pueden ser manejadas por resección. Alternativas complementarias a la cirugía en casos de irresecabilidad y/o recidiva son radioterapia, quimioterapia, esteroides e inmunosupresores, con resultados controvertidos. La historia natural de esta neoplasia puede ser variable, desde la resolución espontánea en algunos casos hasta progresión a sarcoma en otros.