

Tumoraciones gástricas benignas: análisis de una serie

Benign gastric neoplasms: Analisis of a series

M. Echenique*, J.A. Amondaraín**, C. Lirón-de-Robles**

* Unidad Docente de Medicina de San Sebastián. Universidad del País Vasco.

** Hospital Donostia. Departamento de Cirugía.

RESUMEN

Material y Métodos. Se presenta una serie de 41 casos de procesos tumorales gástricos benignos diagnosticados y tratados en el período comprendido entre diciembre de 1977 y diciembre del 2001 sobre un total de 1338 pacientes portadores de neoplasias gástricas. **Resultados.** Se estudian 41 casos de tumores benignos propiamente dichos: Pólipos hiperplásicos (PH), tubulares o vellosos: 7, pólipos adenomatosos (PA): 14, leiomiomas: 9, leiomioblastomas: 2, carcinoides: 5, tumores neurogénicos: 1 (schwanoma), tumores vasculares: 2, angioma: 1, enfermedad de Dieulafoy: 1, y lipoma: 1. Se dispuso del diagnóstico correcto de forma preoperatoria en 32 (78,02%) ocasiones y de forma intra ó postoperatoria en 9 (21,96%). **Conclusiones:** Los tumores benignos representan un 3,02% de las lesiones tumorales estudiadas. **PALABRAS CLAVE:** Estómago. Neoplasias. Benignas.

SUMMARY

Material and Methods. A series of 41 cases of benign gastric neoplasms studied and treated between December 1977 and December 2001 out of 1338 cases of gastric neoplasms is presented. **Results.** 41 cases of benign gastric neoplasm are studied. Pathology showed to be: Hyperplastic adenomas: 7 cases, adenomatous polyps: 14, leiomyoma: 9, leiomyoblastoma: 2, carcinoid tumor: 5, neurogenic tumor: 1 (schwanoma), vascular tumor: 2, angioma: 1, Dieulafoy: 1 and lipoma: 1. Correct pre-op diagnosis was achieved in 32 (78,02%) of cases and during or after operation in 9 (21,96%). **Conclusions:** Benign gastric neoplasms represent the 3,02% of all gastric neoplasms studied in our hospital. **KEY WORDS:** Stomach. Neoplasm. Benign.

LABURPENA

Materiala eta Metodoak. 41 kasu urdail-tumore onbera aurkezten dira, 1977ko abendutik 2001eko abendura bitartean diagnostikatutako eta tratatutako 1338 paziente urdail-neoplasi eramaileran artetik aukeratutak. **Emaitzak.** Tumore onbera duten 41 kasu aztertzen dira: Polipo hiperplásikoak (PH), tubularrak edo bilotsuak: 7; polipo adenomatosoak (PA): 14; leiomiomak: 9; leiomioblastomak: 2; kartzinoideak: 5, tumore neurogenikoak: 1 (schwanoma). Tumore baskularrak: 2; angioma: 1; Dieulafoy-ren gaixotasuna: 1; eta lipoma: 1. Diagnostikoz zuzena operazio barnean edo ondoren: 9 kasutan (%21,96). **Ondorioak:** Tumore onberak aztertutako tumore-lesioen %3,02 dira. **HITZ GAKOAK:** Urdail. Neoplasia. Onbera.

Correspondencia:
Prof. Miguel Echenique-Elizondo
Unidad Docente de Medicina. UPV-EHU
P. Dr. Begiristain, 105.
20014. Donostia - San Sebastián. País Vasco. España
Teléfono. +34-943007319
Fax. + 34-9430073300
Correo electrónico: gepecelm@sc.ehu.es

Las tumoraciones benignas de estómago y duodeno son infrecuentes y constituyen entre el 5 y el 10% de todos los tumores de estómago y entre el 10 y el 20% de todos los tumores duodenales (1,2). Aunque algunas lesiones consideradas benignas de entrada, pueden llegar a degenerar de forma maligna. Por lo tanto, el diagnóstico precoz, tratamiento correcto y el seguimiento a plazo largo apropiado son importantes. En las últimas décadas la incidencia de éstas lesiones parece haber aumentado debido a un mayor nivel de sospecha clínica, y por la disponibilidad y la aplicación amplia de herramientas diagnósticas, fundamentalmente la endoscopia digestiva alta. Hemos realizado una revisión de los procesos benignos exclusivamente gástricos en un hospital durante las dos últimas décadas.

Material y Métodos

Se ha efectuado una revisión de los casos de tumoraciones benignas localizadas en estómago diagnosticados y/o tratados en el Hospital Donostia de diciembre de 1977 a diciembre del 2002. Asimismo y con fines analíticos hemos procedido a revisar numéricamente el número de casos de neoplasias gástricas tratadas en el mismo período. Se han recogido los casos de tumoraciones benignas que toman su origen en el propio órgano o en alguno de los tejidos constituyentes del mismo. Se evaluaron edad, sexo, cuadro clínico, hallazgos y técnica quirúrgica, evolución postoperatoria, complicaciones y mortalidad.

La hipótesis de trabajo ha sido:

- 1.- Determinar la prevalencia en nuestro medio de neoplasias gástricas de naturaleza benigna
- 2.- Comprobar la incidencia global en la totalidad de neoformaciones gástricas.
- 3.- Estudiar la mortalidad y seguimiento relacionados con ésta patología.

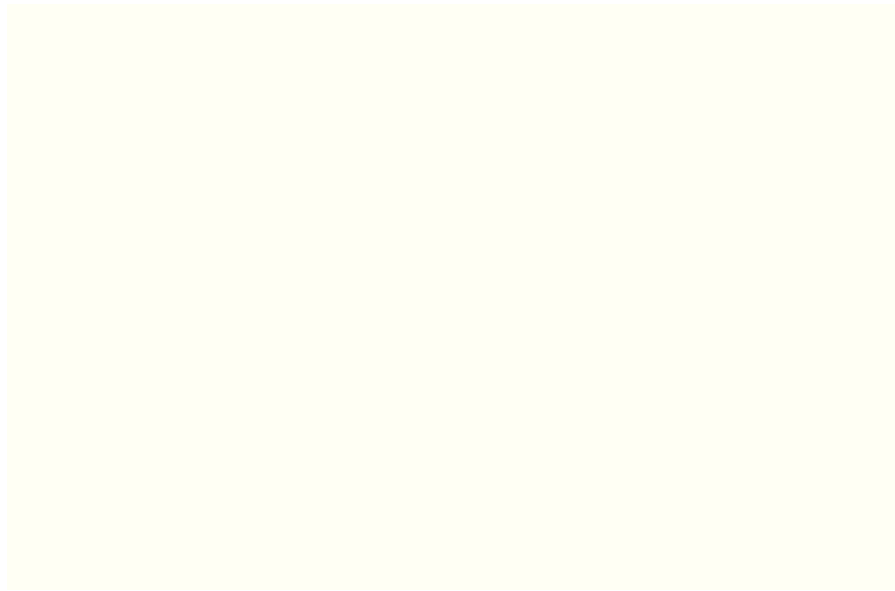


Figura 1: Adenoma veloso-tubular gástrico.

4.- Fueron excluidos los casos de localización duodenal para dotar de homogeneidad al estudio.

Resultados

Durante el período analizado fueron estudiados 1297 casos por patología tumoral gástrica maligna excluyendo casos de neoplasias duodenales. Hemos recogido 41 (Tabla 1) pacientes intervenidos por proce-

TABLA 1
Naturaleza de los procesos

NEOPLASIAS GASTRICAS	N	%
Malignas	1297	96,94
Benignas	41	3,06
Totales	1338	100

tos tumorales benignos que son el objeto del presente estudio. De ellos 20 (48,8%) fueron mujeres y 21 (51,2%), hombres (Tabla 2). La edad media global fue de

TABLA 2
Distribución por sexos

SEXO	N	%
Hombres	21	51,2
Mujeres	20	48,8

49+/-11,2 años: mujeres 51+/-7,6, hombres 47+/-5,1. La localización dentro del órgano aparece indicada en la
Los tipos de tumoraciones gástricas benignas propiamente dichas fueron 41 (3,04%), correspondiendo a las siguientes estirpes histológicas: Pólipos hiperplásicos (PH), tubulares ó vellosos (Figura 1):

7, pólipos adenomatosos (PA): 14, leiomiomas: 9 (Figura 2), leiomioblastomas: 2, carcinoides: 5, tumores neurogénicos: 1 (schwanoma) (Figura 3), tumores vasculares: 2 angioma: 1, enfermedad de Dielafoy: 1, y lipoma: 1 (Tabla 3). Se dispuso del diagnóstico correcto de forma preoperatoria en 32 (78,02%) ocasiones y de forma intra ó postoperatoria en 9 (21,96%) (Tabla 4).

TABLA 3
Momento del diagnóstico

DIAGNOSTICO CORRECTO	N	%
Preoperatorio	32	78,04
Intra ó postoperatorio	9	21,96



Figura 2: Leiomioma gástrico.

TABLA 4
Tipos histopatológicos

TIPOS HISTOPATOLOGICOS	N
PH. Pólipos hiperplásicos	7
PA. Pólipos adenomatosos	14
Leiomiomas	9
Leiomioblastomas	2
Carcinoides	5
Neurogénicos	1 Schwanoma
Vasculogénicos	2 Angioma 1 Enf. de Dielafoy 1
Lipoma	1

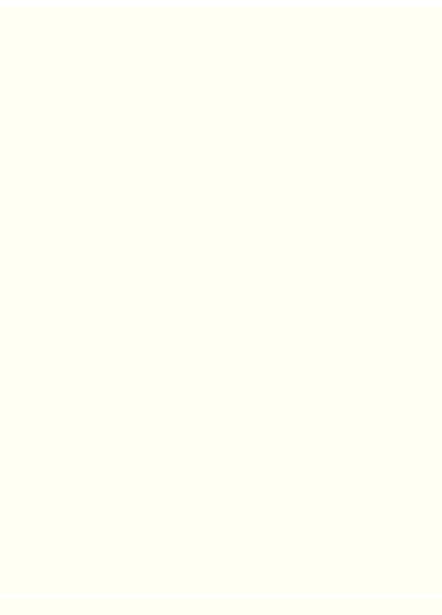


Figura 3: Schwanoma gástrico.

TABLA 5
Tipos de procesos tumorales gástricos benignos

ESTIRPE HISTOLÓGICA	
Epiteliales	Pólipos hiperplásicos Pólipos adenomatosos
Mesenquimatosos	Leiomioma Leiomioblastoma Neurogénicos Vasculares Lipoma
Otros	Pseudotumores inflamatorios Pólipos en S. De Peutz-Jeghers

De los pólipos hiperplásicos, fue posible demostrar enfermedad microneoplásica en 4 (57%), de ellos. Uno de los pacientes con poliposis con pólipos adenomatosos, presentaba poliposis intestinal y pigmentación perioral –Síndrome de Peutz-Jeghers (Figura 4).

De ellos ha sido posible el seguimiento a largo plazo en 24 (58,5%) -rango 31 –236 meses-. De ellos 19 se encontraban libres de enfermedad gástrica, 4 habían fallecido por causas no relacionadas con la patología considerada y 1 había fallecido de enfermedad metastásica por diagnóstico incorrecto (leiomioma, diagnóstico inicial: leiomioma) a los 3 años.

Discusión

La mayoría de los pacientes con tumores gástricos benignos y con menor frecuencia en los duodenales, fundamentalmente por la mayor facilidad de producción de fenómenos obstructivos, permanecen asintomáticos por largos períodos de tiempo.

Cuando estos síntomas se presentan dependen habitualmente del tamaño del tumor, la ubicación y las complicaciones evolutivas en algunos tipos –sangrado y ulceración fundamentalmente– (3). De ellos el síntoma más común es el sangrado (agudo ó crónico). El dolor y la molestia abdominales, las náuseas, la pérdida del peso, obstrucción intestinal son poco frecuentes en los tumores gástricos exclusivos, si bien suelen ser más frecuentes en los de localización duodenal con compromiso ocasional de la ampolla de Vater y de la vía biliar, pero que no son objeto del presente estudio (4).

La naturaleza de los mismos es variada según series, cortas habitualmente, ó derivados de la publicación de casos aislados. En el diagnóstico de tumores gástricos benignos, el estudio convencional con contraste ha sido el método principal de la investigación históricamente y en las dos últimas décadas con un incremento en el empleo de la tomografía axial computadorizada para los mismos fines. La endoscopia digestiva alta (5) proporciona resultados más concluyentes con posibilidad de análisis de su naturaleza mediante biopsia. Asimismo la introducción de la ultrasonografía endoscópica se ha demostrado de valor en la determinación de dicha naturaleza en las tumoraciones de disposición submucosa. Hoy en día la herramienta diagnóstica fundamental es la es el VOGD (video-esófago-gastro-duodenoscopia) con biopsia asociada –habitualmente múltiple–. El verdadero diagnóstico ha de ser histopatológico sobre todo en la diferenciación de formas benignas y malignas –fundamentalmente en los de estirpe muscular lisa– en cuanto a la estirpe celular ó en la

evolución hacia la malignidad de una lesión inicialmente benigna, con potencial de transformación. Nuevas tecnologías como la Tomografía Axial Espiroidea con reconstrucción tridimensional están aportando nuevos elementos de juicio táctico quirúrgico sobre la base de reconstrucciones tridimensionales de los procesos expansivos y la delimitación de la afectación de estructuras vecinas así como de su grado de extensión.

Las lesiones más comunes benignas en el estómago son pólipos de origen epitelial gástrico y ellos constituyen 75% de todos tumores benignos de estómago. En orden descendente de frecuencia otros tumores benignos comunes del estómago son leiomiomas, correspondiendo los de otra estirpe auténticas rareza clínicas. Los tumores epiteliales del estómago según resultados publicados por Orłowska en 1995 (6), el potencial degenerativo maligno de estas lesiones puede llegar a ser un mucho problema que más preocupando que los síntomas clínicos sí mismos. Orłowska establece que el 1.3% de Pólipos Hiperplásicos (PH) y 10% de Adenomas analizados resultaron malignos. Por ello es importante la diferenciación entre PH y adenomas por la mayor posibilidad de degeneración maligna de los primeros. (7)

La concepción clásica de que el tamaño del pólipo era un indicador de su potencialidad de malignización. > 2cms no se ha demostrado en estos estudios amplios y bien llevados (8). El mismo Orłowska encuentra células neoplásicas en pólipos muy pequeños (diámetro de hasta 5 mm).

El Leiomioma/Leiomioblastoma constituye 2% de todos los tumores gástricos en series descritas y ocurre fundamentalmente en varones en la sexta y séptima décadas de la vida. Son generalmente asintomáticos, pero presentan cuadros de anemia asociados hasta en el 50% de casos como resultado de ulceración de la mucosa (9). Los leiomiomas se localiza generalmente en el cuerpo (40%) ó en el antro gástricos (25%). Incluso sobre base histológica son difíciles de diferenciar las formas malignas y benignas en parte por ausencia de encapsulación de éstos tumores. La relación entre Leiomioma (LM), Leiomioblastoma (LMB) y Leiomioma (LMS) no ha sido claramente establecida todavía. Los problemas que plantea el LMB derivan de su histología excepcional, junto con una progresión clínica algo imprevisible. Su potencial maligno se basa en la determinación de la actividad mitótica en valoraciones múltiples de su índice mitótico de los que se están tratando de establecer criterios pronósticos en la actualidad. La tasa aceptada de la trans-

formación maligna del LMB es de alrededor 12% (10).

Los adenomas vellosos y túbulo-vellosos gástricos son de entrada benignos con riesgo de transformación neoplásica a largo plazo demostrada permanece. Son macroscópicamente indiferenciables siendo precisa la biopsia múltiple endoscópica para intentar determinar su verdadera naturaleza evolutiva y donde se puede determinar el grado de displasia celular existente (11,12). Asimismo es objeto de controversia en el momento actual el papel de la infección por *Helicobacter pylori* en la génesis de las tumoraciones benignas gástricas tal y como se ha observado en el cáncer y el linfoma gástricos (13,14).

Los tumores de naturaleza neurogénica a nivel gástrico son raros, representando un 4% de todas las neoplasias benignas del estómago. Los tumores más comunes son neurilemomas (schwanomas) y neurofibromas. Cerca del 40% de ellos se manifiestan con manifestaciones hemorrágicas y son raros los fenómenos obstructivos (15).

El lipoma es un tumor benigno asimismo muy frecuente (1-3% de todos tumores gástricos benignos), y se localiza generalmente en el antro. Son fundamentalmente submucosos (9). La presentación clínica más común clínica (50-60%) es en forma hemorragia gastrointestinal causada por ulceración del tumor. La TC es el estudio de la elección para la identificación de su naturaleza adiposa pero el diagnóstico definitivo ha de ser histopatológico sobre todo para diferenciarlo del liposarcoma ocasionalmente descrito.

Las opciones de tratamiento para los tumores gástricos estómago benignos múltiples y variadas. Se encuentran entre la resección endoscópica o ablación por láser en el caso de lesiones bien definidas pequeñas a la gastrectomía total –ampliada o no– ante un tumor agresivo y extendido.

Los procedimientos abiertos tradicionales pueden ser simples resecciones locales o en cuña cuando estemos ante un tumor demostradamente benigno. Recientemente, con el desarrollo de la tecnología y técnicas quirúrgicas novedosas, el abordaje laparoscópico (16) y/o combinado laparoscópico-endoscópico (17) obtiene

resultados similares a la cirugía convencional con las ventajas asociadas que de ellos se derivan: menos dolor, período más corto de la recuperación, mejor respuesta inmune y alta precoz (18).

Ciertas preguntas se deben de contestar en momento actual antes de establecer unas pautas fijas y establecidas de actuación:

- 1) ¿Cuál es la proporción de los tumores benignos que llegan a ser malignos?
- 2) ¿Cómo se puede llegar a un diagnóstico exacto de forma preoperatoria?
- 3) ¿Cuáles son los medios del diagnóstico intra operatorio adecuados en el momento actual?

Solamente cuando estas preguntas sean adecuadamente respondidas pueden los cirujanos decidir entre las modalidades indicadas. Globalmente podríamos decir que para el Leiomioma y Leiomioblastoma la resección local puede ser adecuada y suficiente, pero abarcando tejido muscular liso sano en el nivel de la sección. Lesiones muy pequeñas son actualmente bien reseçadas por procedimientos endoscópicos. El lugar de la cirugía abierta convencional en el tratamiento de los tumores benignos gástricos está disminuyendo en sus indicaciones, considerados de forma global. Los pacientes ahora pueden beneficiarse de la Cirugía Mínimamente Invasiva (19,20), que tiene las ventajas extensamente reconocidas, cuando la naturaleza benigna de estos tumores permite excisión por vía laparoscópica en manos entrenadas.

Referencias bibliográficas

1. Halpin R, Thomson S, Catterall N, and Haffejee A. Smooth muscle tumors of the stomach: clinicopathological aspects. *J R Coll Surg Edinb* 1993; 38: 23-27.
2. Schoenberg M, Treitschke F, Harada N, and Beger H. Benign tumor of the ampulla of Vater: surgical treatment and prognosis. *Eur J Surg* 1998; 164: 765-770.
3. Olsina Pavía J, Peña PA, Mora P, Armengol JR, Vidal MT, Avila T. Tumores benignos gástricos: 12 casos. *Barcelona Quirúrgica* 1973; 17(5): 405
4. Alstrup F, Burcharth C, Hauge, and Horn T. Transduodenal excision of tumors of the ampulla of Vater. *Eur J Surg* 1996; 162: 961-967.
5. Rosch T, Kapfer B, Will U, Baronius W, Strobel M, Lorenz R, Ulm K. Accuracy of endos-

copic ultrasonography in upper gastrointestinal submucosal lesions: a prospective multicenter study. *Scand J Gastroenterol* 2002; 37(7):856-62.

6. Orłowska J, Jarosz D, Pachlewski, J and Butruk E. Malignant transformation of benign epithelial gastric polyps *Am J of Gastroenterol* 1995; 90: 2152-2159.
7. Cerwenka H, Bacher H, Mischinger HJ. Pyloric obstruction caused by prolapse of a hyperplastic gastric polyp. *Hepatogastroenterology* 2002; 49(46):958-60.
8. Seifert E, Gail K, Weismuller J. Gastric polypectomy. Long-term results (survey of 23 centers in Germany). *Ann Surg* 1989; 209(2): 167-74
9. Vázquez Iglesias JL, Fernández López J, Río Fuentes A, Castro Alonso J, Luengo González A. Leiomioma gástrico gigante. *Rev Esp Enf Dig* 1985; 63(4): 365-369
10. Larrañaga Barrera E, Candia Sierra A, García Ocaña A, López Yarte J. Tumoraciones gástricas benigna. *Rev Esp Enf Dig* 1974; 42(2): 165 -170
11. Duraker N, Naci Celik A, Gencler N. The prognostic significance of gastric juice CA 19-9 and CEA levels in gastric carcinoma patients. *Eur J Surg Oncol* 2002; 28(8):844-9.
12. Guo DL, Dong M, Wang L, Sun LP, Yuan Y. Expression of gastric cancer-associated MG7 antigen in gastric cancer, precancerous lesions and *H. pylori*-associated gastric diseases. *World J Gastroenterol* 2002 ;8(6):1009-13.
13. Meining A, Stolte M. Close correlation of intestinal metaplasia and corpus gastritis in patients infected with *Helicobacter pylori*. *Z Gastroenterol* 2002; 40(8):557-60.
14. Zhang XY, Chan WY, Whitney BM, Fan DM, Chow JH, Liu Y, Ng EK, Chung SC. Changes of interleukin expression correlate with *Helicobacter pylori* infection and lymph node metastases in gastric carcinoma. *Diagn Mol Pathol* 2002; 11(3):135-9.
15. Janowitz P, Meier F, Reisig J. Gastric schwannoma as a rare differential diagnosis of pleural effusion. *Z Gastroenterol* 2002; 40(11): 925-8
16. Van de Walle B, Dillemans M, Vandelanotte, and Proot L. The laparoscopic resection of a benign stromal tumour of the duodenum. *Acta Chir Belg* 1997; 97: 127-129.
17. Seeling M, Hinder R, Floch N, Klingler P, Seelig S, Branton S, and Woodward T. Endo-organ and laparoscopic management of gastric leiomyomas. *Surg Laparosc Endosc* 1999; 9: 78-81.
18. Lacy A, Tabet J, Grande L, García-Valdecasas J, Fuster J, Delgado S, and Visa J. Laparoscopic-assisted resection of a gastric lipoma. *Surg Endosc* 1995; 9: 995-997.
19. Geis W, Baxt R, and Kim H. Benign gastric tumors (Minimally invasive approach). *Surg Endosc* 1996; 10: 407-410.
20. Di Lorenzo, G Sica, and Gaspari A. Laparoscopic resection of gastric leiomyoblastoma. *Surg Endosc* 1996; 10: 662-665.