

Tumor miofibroblástico inflamatorio de colon. Análisis clínico, radiológico y morfológico

Dr. Ernesto Salgado-Sánchez,* Dr. Jesús Flores-Flores,** Dr. Mario U. Pérez-Toriz,***
Dr. Raymundo Pérez-Cruz,**** Dr. Jesús Salgado-Sánchez*****

* Departamento de Cirugía. ** Jefe del Departamento de Radiología e Imagen. *** Departamento de Urología. **** Jefe de Enseñanza.

***** Director Médico Hospital de la Sociedad Española de Beneficencia de Puebla, Puebla. México

Correspondencia: Dr. Ernesto Salgado Sánchez. Diag. Zaragoza 5128-205. Col. San Manuel. C.P. 72570 Puebla, Pue. México.

Correo electrónico: ernesto_salgado_s@hotmail.com

Recibido para publicación: 31 de julio de 2003.

Aceptado para publicación: 17 de agosto de 2003.

RESUMEN Objetivo: presentar un caso de tumor miofibroblástico inflamatorio de colon. **Antecedentes:** los tumores miofibroblásticos inflamatorios son poco frecuentes, se originan en tejidos blandos, se presentan con mayor frecuencia en niños y en adultos jóvenes, están conformados por células miofibroblásticas, infiltrado leucocitario y células plasmáticas; se localizan en pulmón, mesenterio, hígado y bazo, su presentación intestinal es rara. **Método:** se describe el caso de un hombre de 42 años, con aumento de volumen localizado en fosa iliaca derecha, por un tumor miofibroblástico inflamatorio de colon que involucra la válvula ileocecal. Se realizó hemicolectomía derecha. El seguimiento fue de 10 meses sin complicaciones y no recibió terapia adyuvante. **Conclusiones:** los tumores miofibroblásticos inflamatorios han sido descritos en prácticamente todos los órganos, sin embargo, es poca la experiencia reconocida para su tratamiento; la sintomatología que producen es por compresión de órganos vecinos; por el momento no existen métodos de detección temprana de la enfermedad, pero un seguimiento de los familiares de los pacientes portadores de esta neoplasia puede crear un patrón sobre una posible transmisión de un gen responsable.

Palabras clave: tumor miofibroblástico, colon.

INTRODUCCIÓN

Los tumores miofibroblásticos inflamatorios (TMI) fueron descritos por primera vez en 1937,¹ también son conocidos con los nombres de pseudotumor inflamatorio o granuloma de células plasmáticas. Son clinicopatológicamente identificables, pero el origen celular es controversial, por lo que fueron definidos originalmente como una

SUMMARY Objective: Our objective was to present a case of inflammatory myofibroblastic tumor of the colon. **Background:** Inflammatory myofibroblastic tumors are uncommon. They originate from soft tissues, their appearance is more frequent in childhood and your adulthood and these tumors are composed of myofibroblastic cells, leukocytes, and plasmatic cells. More frequently, these tumors originate in lungs, mesentery, liver and spleen; intestinal appearance is uncommon. **Method:** In a 42 year-old male with a lump in right iliac fossa, a colonic inflammatory myofibroblastic tumor infiltrating ileocecal valve was found. Right hemicolectomy was performed. After a 10-month follow-up, no complications were found and no adjuvant therapy was needed. **Conclusions:** Inflammatory myofibroblastic tumors have been well described, but, experience is quite limited; Symptoms are consequences of compressed organs in the vicinity. At present, no early detection devices are available, but genetical evaluations for the patient's family members may contribute to unravel a pattern of transmission of the disease.

Key words: Myofibroblastic tumor, colon.

lesión no-neoplásica.² Se originan en tejidos blandos, con mayor incidencia en niños y en adultos jóvenes, los casos informados son escasos. Histológicamente están constituidos por células miofibroblásticas, infiltrado inflamatorio leucocitario, células plasmáticas y, con menor frecuencia, con células de la respuesta inflamatoria aguda.¹⁻²

Dentro de las manifestaciones clínicas de los pacientes afectados por los TMI se encuentran: fiebre y pérdi-

da de peso en la mayoría de los casos, y en menor frecuencia anemia hipocrómica, trombocitosis, hipergammaglobulinemia, dolor abdominal y obstrucción gastrointestinal.³⁻⁵

Los sitios de presentación más comunes incluyen: pulmón, mesenterio, hígado y bazo; su aparición en intestino es poco frecuente; su etiología aún no está determinada, aunque se han hecho investigaciones acerca de su posible patogénesis relacionada con la herencia ligada al brazo corto del cromosoma 2.^{6,7}

Sin importar los hallazgos histopatológicos, el sitio primario de la lesión y sus implicaciones pronósticas aparentes, la mayoría de los pacientes tienen buen pronóstico.⁸

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 42 años sin antecedentes de importancia, que inició su padecimiento tres meses antes de acudir a Consulta Externa del Hospital de la Sociedad Española de Beneficencia de Puebla, el cual se caracterizó por aumento de volumen y dolor en fosa iliaca derecha acompañado de diarrea y fiebre no cuantificada. Por tales motivos se realizaron pruebas de laboratorio y gabinete; la evaluación de la citometría hemática, las pruebas de funcionamiento hepático, coagulación y antígeno carcinoembrionario, fueron dentro de parámetros normales, el examen general de orina demostró la presencia de bacterias ++, sangre 25/UL, leucocitos y eritrocitos 0-5 por campo. En el rastreo por tomografía axial computarizada (TAC) se observó una imagen localizada en fosa iliaca derecha de 96.67 x 81.53 mm, con áreas hipodensas en su interior. A la administración de medio de contraste intravenoso se observa imagen hipercaptante, existe infiltración de uréter derecho que condiciona pielocaliectasia e hidronefrosis derecha (*Figuras 1 y 2*). Por lo anterior, el paciente fue programado para cirugía, con previa instalación mediante cistoscopia de catéter férula de uréter derecho; acto seguido se realizó hemicolectomía derecha con íleo transverso anastomosis término terminal en dos planos de sutura (*Figura 3*). El paciente cursó con un postoperatorio satisfactorio y fue egresado por mejoría para continuar su tratamiento en la Consulta Externa.

El informe de Histopatología demostró un tumor miofibroblástico inflamatorio que infiltró la válvula ileocecal y el apéndice con bordes quirúrgicos libres de tumor (*Figuras 4 y 5*). La neoplasia era lobulada y de consistencia dura que midió 11.5 cms. de diámetro. La superficie de corte mostró una proliferación fusocelular con depósito de colágena y con prominentes focos inflama-

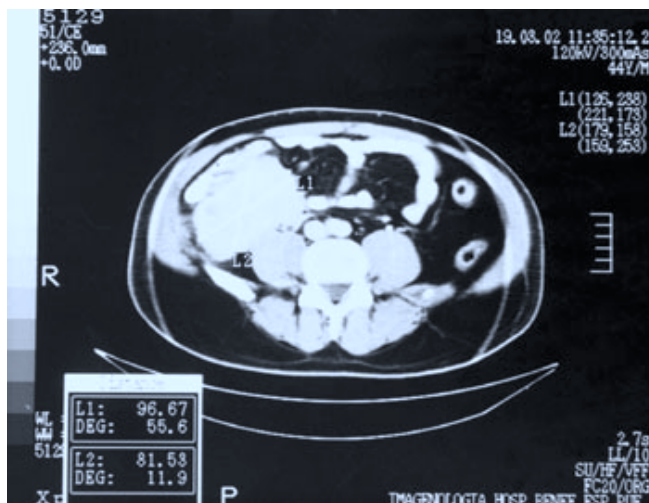


Figura 1. TAC donde se observa neoplasia en fosa iliaca derecha que comprime el paso del uréter derecho.



Figura 2. TAC donde se observa área de hipodensidad en el centro de la neoplasia.



Figura 3. Especimen quirúrgico producto de hemicolectomía derecha con neoplasia situada en la parte posterior del ciego

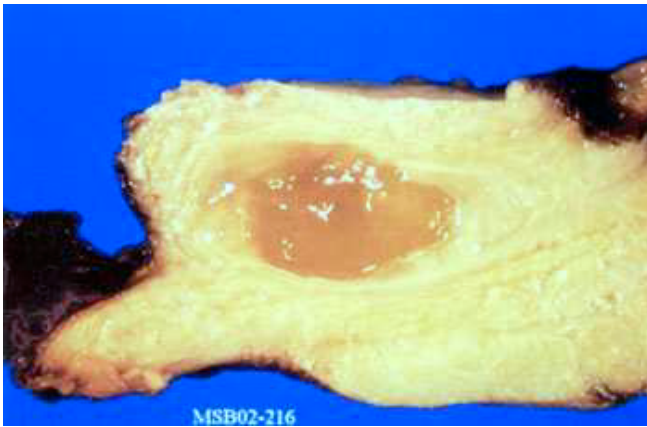


Figura 4. Corte de la neoplasia observando sustancia compatible con infiltración fibrosa del colon y válvula ileocecal.



Figura 5. Corte de la neoplasia donde se observa componente mucinoso, compatible con imagen observada en la TAC.

torios con células plasmáticas y linfocitos, no se encontró atipia celular ni actividad mitótica. En el seno de la fibrosis se encontraron ganglios linfáticos y troncos nerviosos. La interfase con la pared ileocólica mostró extensión hacia la capa muscular externa sin invasión a la capa muscular interna o a la mucosa. Los ganglios linfáticos analizados fueron de características normales.

El seguimiento del paciente fue de 10 meses sin complicaciones y no recibió terapia adyuvante.

DISCUSIÓN

El concepto de miofibroblasto es relativamente nuevo, este tipo de célula fue descrito hace menos de 30 años y

aún no existe un consenso en cómo debe ser definido, por sus atributos morfológicos estas células se encuentran entre los fibroblastos y las células del músculo liso. Basados en los avances de los últimos 20 años no podemos negar la existencia de estas neoplasias que han sido descritas en prácticamente todos los órganos, desafortunadamente son pocos los informes en la literatura y, por lo tanto, es poca la experiencia reconocida para el tratamiento de estas neoplasias. Histológicamente son benignas, pero su comportamiento es agresivo porque en pocos meses pueden duplicar su tamaño y los síntomas que producen es por compresión de órganos vecinos, en este caso se manifestó como incremento de volumen en la fosa iliaca derecha y compresión de la vía urinaria, como consecuencia se presentó infección crónica e hidronefrosis. Por el momento no existen métodos de detección temprana de la enfermedad, pero un seguimiento de los familiares de los pacientes portadores de esta neoplasia puede crear un patrón sobre una posible transmisión de un gen responsable. La cirugía con resección completa del tumor es el tratamiento de elección. Sin embargo, todo depende de su localización, este tratamiento puede ser agresivo, por lo que el equipo quirúrgico debe estar preparado para efectuarlo.

REFERENCIAS

1. Lawrence B, Pérez-Atayde A, Hibbard MK, et al. TPM3-ALK and TPM4-ALK oncogenes in inflammatory myofibroblastic tumors. *AJP* 2000; 157: 377-84.
2. Karnak I, Senocak ME, Ciftci AO, et al. Inflammatory myofibroblastic tumor in children: diagnosis and treatment. *J Pediatr Surg* 2001; 36: 908-12.
3. Meis JM, Enzinger FM. Inflammatory fibrosarcoma of the mesentery and retroperitoneum. A tumor closely simulating inflammatory pseudotumor. *Am J Surg Pathol* 1991; 15: 1146-56.
4. Day DL, Sane S, Dehner LP. Inflammatory pseudotumor of the mesentery and small intestine. *Pediatr Radiol* 1986; 16: 210-5.
5. 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.
6. Sanders BM, West KW, Gingalewski C, Engum S, Davis M, Grosfeld JL. Inflammatory pseudotumor of the alimentary tract: clinical and surgical experience. *J Pediatr Surg* 2001; 36: 169-73.
7. Coffin CM, Watterson J, Priest JR, Dehner LP. Extrapulmonary inflammatory myofibroblastic tumor (inflammatory pseudotumor). A clinicopathologic and immunohistochemical study of 84 cases. *Am J Surg Pathol* 1995; 19: 859-72.
8. León D, Pérez MR, Robles J, et al. Tumor miofibroblástico inflamatorio del retroperitoneo (pseudotumor inflamatorio). *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González* 2001; 4: 102-5.