

Pseudotumor inflamatorio ileal ileal incidental en paciente con adenocarcinoma colónico

Bernardos García, C.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. H.U.V.del Rocío.

Los tumores miofibroblásticos (granuloma de células plasmáticas, tumor fibromixode o pseudotumor inflamatorio) son raros tumores que contienen tejido muscular y suelen estar localizados en árbol traqueobronquial, sistema nervioso central (SNC) e hígado, entre otras localizaciones. De origen benigno pero con comportamiento maligno, este tipo de tumores requieren de estudios inmunohistoquímicos para su diagnóstico definitivo. Con la exposición de este caso queremos recalcar la forma tan peculiar de presentación así como la localización tan atípica, además de su coexistencia con otra estirpe tumoral, el adenocarcinoma de colon.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 62 años de edad que refiere molestias y dolor en flanco y fosa iliaca derechos de unos 3 meses de evolución. Entre los antecedentes cabe citar alergia al contraste yodado, mastopatía fibroquística, fibromialgia, osteoporosis y pielonefritis izquierda que requirió nefrectomía hace 22 años. En la exploración, a la palpación profunda en fosa iliaca derecha se aprecia una tumoración de aproximadamente unos 3 centímetros (cm) que no resulta dolorosa al tacto, de consistencia dura, desplazable y no está adherida a planos profundos.

Los estudios analíticos fueron normales.

Se realiza ECO abdominal en la que se observa una dudosa lesión inflamatoria-tumoral en ciego.

En el enema opaco realizado se observa un defecto de repleción a nivel del ciego con imagen de ulceración, de bordes de transición bruscos e irregulares compatibles con neoplasia cecal.

La colonoscopia muestra en ciego, por debajo de la válvula ileocecal una lesión mamelonada de 2 cm de diámetro, friable y consistencia acartonada. Entre los 30 y 20 cm del margen anal se aprecian tres pólipos sesiles de aspecto adenomatoso, menores de 1 cm, que se extirpan. Se toman biopsias cuyo resultado histológico fue: adenocarcinoma de intestino grueso, bien diferenciado, infiltrante e implantado sobre adenoma túbulo-veloso a nivel cecal; adenomas tubulares incipientes, planos, con displasia de bajo grado.

La TAC toraco-abdominal objetiva en ciego un engrosamiento de la pared medial y posterior, con ulceración asociada y posible infiltración local de la grasa posterior, con plano de clivaje entre el músculo psoas y el resto de estructuras vecinas; pequeños nódulos linfáticos en meso correspondiente, y cadena iliaca derecha, menores de 1 cm, en relación a posible diseminación linfática tumoral (fig.1)

La paciente se interviene de forma programada por adenocarcinoma de colon (ciego) realizándose hemicolectomía derecha y anastomosis ileo-cólica isoperistáltica latero-lateral, manual. El postoperatorio cursó de forma favorable dándose de alta a la paciente al octavo día postoperatorio.

El diagnóstico histológico definitivo fue de adenocarcinoma de ciego, moderadamente diferenciado, ulcerado, e infiltrante, implantado sobre adenoma túbulo-veloso. Además de dicho tumor se constató la presencia de una tumoración miofibroblástica inflamatoria de mesenterio ileal. Se solicitaron estudios inmunohistoquímicos con perfiles identificativos de cada neoplasia que confirmaron el diagnóstico [CK7, CK20, CEA, vimentina, actina muscular (AML), CD79a, proteína ALK, Ki-67] (fig. 2)

La paciente no ha requerido tratamiento adyuvante, encontrándose asintomática en la revisiones posteriores.

Discusión

El tumor miofibroblástico, tumor fibromixode, pseudotumor inflamatorio o granuloma de células plasmáticas, fue descrito por primera vez en el pulmón por Brunn en 1939¹. Es un tumor muy poco frecuente, más frecuentes en el sexo femenino

Correspondencia: Carlos Bernardos García, Pasaje 4 de Diciembre nº 42. Dos Hermanas, 41701 Sevilla. Tlf: 651199000. e-mail: carlosbernardos1981@gmail.com

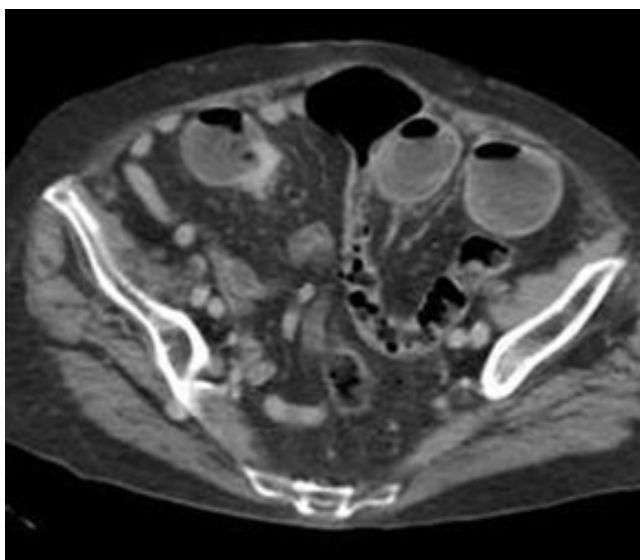


Figura 1.— AC en la que se observa engrosamiento a nivel de la válvula ileocecal en la pared de colon e ileon.

no y siendo sus localizaciones más habituales el árbol traqueobronquial, pulmón, laringe, SNC, órbita, hígado, páncreas y estómago, siendo excepcional en mesenterio ileal². La fisiopatología de estos tumores parece estar en relación con una respuesta inmunológica exagerada o una reacción inflamatoria anormal ante la presencia de un microorganismo (por ello en la mayoría de los casos existen antecedentes de infecciones o traumatismos^{3,4}, como el virus herpes tipo 8), una expresión excesiva de la interleucina 6 en los miofibroblastos, o una expresión aberrante del gen *ALK* (*anaplastic lymphoma kinase*)³.

Es un tipo de tumor considerado en principio como benigno, pero su presentación clínica y semiología diagnóstica pueden ser propias de tumores malignos³ como sucedió en nuestro caso. Su diagnóstico definitivo viene determinado por los estudios histológicos, precisando pruebas inmunohistoquímicas que permitan observar la tinción de las fibras musculares del tumor (principalmente actina del músculo liso). El tratamiento de este tipo de tumores es eminentemente quirúrgico sin que suela requerir, habitualmente, terapias adicionales⁴. El pronóstico de los pacientes afectados por este tipo de neoplasias es favorable, con altas tasas de supervivencia a largo plazo.

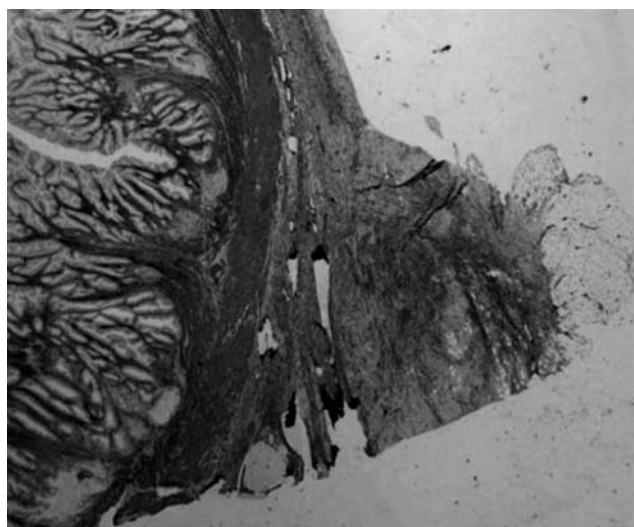


Figura 2.— Estudio inmunohistoquímico con perfiles identificativos de cada neoplasia que confirmaron el diagnóstico (CK7, CK20, CEA, vimentina, actina muscular [AML], CD79a, proteína ALK, Ki-67)

Bibliografía

1. Medina C, Gutierrez C, Gómez J, Gutiérrez E, López M, Gil J, et al. Seudotumor inflamatorio multicéntrico. *Cir Esp* 2007; 81(3): 150-152.
2. Makhlof H, Sobin L. Inflammatory myofibroblastic tumors (inflammatory pseudotumors) of the gastrointestinal tract. How closely are they related to inflammatory fibroid polyps? *Hum Path* 2002; 33: 307-15.
3. Milne AN, Sweeney KJ, Oriordain DS, Pauwels P, Debiec-Rychter M, Offerhaus GJ, et al. Inflammatory myofibroblastic tumor with *ALK/TPM3* fusion presenting as ileocolic intussusception. *Hum Path* 2006; 37: 112-6.
4. Memba Ikuga R, Lamas Moure S, Ramos Rubio E, Climent Esteller MJ. Adult colocolic intussusception secondary to inflammatory myofibroblastic tumor. *Cir Esp* 2007; 81(6):357-8.