



# Cirugía Española

**CIRUGÍA  
ESPAÑOLA**  
Revista Oficial de la Asociación Española de Cirujanos

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

30 Congreso Nacional de Cirugía  
Madrid, 15-17 de noviembre de 2014



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-128 - Tumor miofibroblástico inflamatorio de origen gástrico que debuta con obstrucción de la vía biliar. A propósito de un caso

M. París Sans<sup>1</sup>, J. Domènech Calvet<sup>1</sup>, A. Muñoz García<sup>1</sup>, E. Raga Carceller<sup>1</sup>, F. Sabench Pereferre<sup>2</sup> y D. del Castillo Dejardin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Sant Joan, Reus. <sup>2</sup>Universitat Rovira i Virgili, Facultat de Medicina, Reus.

### Resumen

**Introducción:** El tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT) es un tumor mesenquimal benigno muy poco frecuente. La mayoría de casos descritos afectan a niños y adultos jóvenes, siendo los pulmones la localización más habitual. También puede afectar a tejidos blandos y órganos viscerales, sin embargo su presencia en el estómago es extremadamente rara. Hay menos de 20 casos descritos en la literatura y la mayoría son hallazgos casuales o que se presentan con clínica de obstrucción intestinal. Se desconoce el pronóstico de este tipo de tumores, pero se han descrito casos de recidiva o malignización que incluso han llegado a producir metástasis.

**Caso clínico:** Se presenta paciente de 88 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, infarto agudo de miocardio, fibrilación auricular crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, intervenido de colecistectomía electiva por colelitiasis, quien acudió a urgencias por dolor epigástrico, malestar, náuseas y vómitos. Hemodinámicamente estable, febril e icterico, presentaba abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de hipocondrio derecho y epigastrio con signo de Murphy dudoso, sin masas ni megalias ni peritonismo. Analíticamente destacaba leucocitosis con neutrofilia, elevación de PCR, hiperbilirrubinemia, hipertransaminasemia y alargamiento del tiempo de protrombina. La ecografía describía dilatación de la vía biliar intrahepática y del colédoco proximal con una posible imagen de barro biliar. Diagnosticado de colangitis aguda, ingresó para tratamiento y control de la evolución. La colangioresonancia objetivaba discreta dilatación de vía biliar sin coledocolitiasis. Ante la persistencia de intolerancia oral, se practicó un tránsito esofagogastroduodenal que sólo determinó enlentecimiento del mismo. La fibrogastroscopia describió lesión polipoide de 2 cm en la unión gastroduodenal que prolapsaba hacia duodeno; se biopsió (pólipo hiperplásico). En el estudio de extensión con TC toraco-abdominal destacaba engrosamiento parietal edematoso del bulbo y la primera-segunda porción duodenal. Durante el ingreso, la ictericia desapareció progresivamente con normalización de la bilirrubinemia pero importante anemia sin evidencia de sangrado externo, requiriendo transfusión sanguínea. Ante la sospecha de sangrado digestivo secundario al pólipo gastroduodenal, se solicitó fibrogastroscopia diagnóstico-terapéutica: lesión polipoide de 4cms que ocupaba la totalidad de la luz del bulbo duodenal, extendiéndose hasta la zona proximal de segunda porción duodenal con restos hemáticos, prolapsado desde el antro prepilórico formando un falso pedículo. No fue posible la resección endoscópica, por lo que se realizó resección quirúrgica por vía laparoscópica mediante transgastroduodenotomía, practicándose polipectomía con piloroplastia tipo Heinecke-Mikulicz. El paciente evolucionó correctamente con adecuada tolerancia oral y desaparición del dolor abdominal. Fue dado de alta hospitalaria al 8º día postoperatorio. La anatomía patológica describió características morfológicas e inmunohistoquímicas compatibles con tumor miofibroblástico inflamatorio.

**Discusión:** El IMT es un tumor muy poco frecuente que suele ser asintomático o cursar con síntomas inespecíficos. Para diferenciarlo del tumor estromal gastrointestinal (GIST), se debe verificar con un estudio inmunohistoquímico. Como conclusión, hay que tener en cuenta la imprevisible evolución de este tipo de tumoraciones y, por tanto, no se deben infradiagnosticar ni tampoco infratratar. Ante la presencia de un IMT, hay que realizar un tratamiento exerético completo y, en caso de imposibilidad, habría que realizar tratamiento radioterápico y quimioterápico.