



P-082 - FIBROMIXOMA PLEXIFORME, UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA EN PACIENTES CON VÓMITOS CRÓNICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Martínez Mateo, Yvana Anavy; Márquez Rojas, Jesús; Robles Fraguas, Rubén; Vaquero Gajate, Guillermo Jesús; Caro Mancilla, Alfredo

Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres.

Resumen

Introducción: El fibromixoma plexiforme o tumor miofibroblástico mixoide plexiforme es una rara tumoración mesenquimal benigna con un peculiar patrón plexiforme, proliferación de células fusiformes y estroma mixoide rico en pequeños vasos sanguíneos. Se han descrito unos 60 casos en la literatura. La localización más frecuente es el antro gástrico, aunque existen casos esporádicos descritos en todo el tubo digestivo. Su forma de presentación habitual es dolor abdominal crónico y anemia y, su tratamiento, dado que tiende a ulcerarse y sangrar, es el quirúrgico.

Caso clínico: Varón de 38 años, que desde hace 2 años sufre cuadro de vómitos de repetición y sensación de plenitud gástrica, presenta un cuadro sincopal con melenas en domicilio donde es atendido por el 112. Responde de forma adecuada a la sueroterapia y se traslada al hospital. A su llegada a urgencias presenta hemoglobina de 6,4 g/dL. La endoscopia digestiva alta (EDA) revela “gran coágulo antral que no se moviliza”. El paciente ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos para transfusión de 3 concentrados de hematíes y realización de nueva EDA en 24 horas, que demuestra los mismos hallazgos. La tomografía computarizada abdominal muestra “lesión de morfología redondeada irregular que ocupa la luz de antro gástrico, heterogénea con áreas hipodensas que alternan con hiperdensidad de $5,8 \times 4 \times 5$ cm sugerente de hematoma con sangrado agudo sin objetivar lesión subyacente, como diagnóstico menos probable tumor de origen vascular”. Dada la estabilidad del paciente, se da de alta a planta de hospitalización, realizándose nueva EDA con los mismos hallazgos, no pudiéndose movilizar el coágulo de forma endoscópica. Ante la sospecha de que no sea un coágulo y el riesgo de sangrado se decide intervención quirúrgica programada, dado que el paciente se encuentra estable. A las 48 horas, el paciente presenta cuadro de mareo, palidez cutánea e hipotensión. Se realiza analítica urgente con Hb. de 8,2 g/dL. Ante la sospecha de nuevo sangrado gástrico se decide intervención quirúrgica urgente con hallazgos: “tumoración de 4 cm de diámetro que ocupa la totalidad del antro gástrico, es de características elásticas, coloración rojo-vinosa y sin objetivarse sangrado activo.” Se realiza gastrectomía distal con reconstrucción del tránsito en “Y” de Roux. El resultado anatomopatológico es “fibromixoma plexiforme (tumor miofibroblástico angiomixoide plexiforme) de $4,7 \times 3,7 \times 2,3$ cm con úlcera mucosa, se extiende por todo el espesor de la pared gástrica hasta subserosa”. El paciente es dado de alta a la semana de la intervención, con buena tolerancia a la dieta, sin presentar náuseas, ni vómitos, ni plenitud gástrica.

Discusión: El fibromixoma plexiforme suele manifestarse como cuadro de dolor abdominal, sangrado digestivo y anemia, pero también como sensación de masa abdominal, dispepsia, pérdida de peso, náuseas..., y, aunque poco frecuente, debe ser tenido en cuenta ante estos síntomas. La localización más frecuente de

este tumor es el antro gástrico, por lo que el diagnóstico suele realizarse con EDA y debe hacerse diagnóstico diferencial con tumor de GIST. Aunque es un tumor benigno, dado el riesgo de sangrado y obstrucción el tratamiento definitivo es el quirúrgico.