



# Cirugía Española



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

## P-299 - TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO DE ORIGEN GÁSTRICO COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA BILIAR

París, Marta; Domènech, Joan; Raga, Esther; Piñana, Luisa; Muñoz, Andrés; Homs, Elisabeth; Sabench, Fàtima; del Castillo, Daniel

Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

### Resumen

**Introducción:** El tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT) es un tumor mesenquimal benigno muy poco frecuente. Suele afectar a niños y adultos jóvenes, siendo los pulmones la localización más habitual. También puede afectar tejidos blandos y órganos viscerales, pero su presencia en el estómago es extremadamente rara.

**Caso clínico:** Paciente de 88 años con antecedentes de colecistectomía electiva por colelitiasis sintomática, ingresa por estudio y tratamiento de dolor epigástrico, malestar general, náuseas y vómitos. Hemodinámicamente estable, febrícula y con ictericia mucocutánea, presentaba un abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de hipocondrio derecho y epigastrio con un signo de Murphy  $\pm$ , sin masas ni megalias ni sin signos de irritación peritoneal. A/S: leucocitosis con desviación a la izquierda, elevación de PCR, hiperbilirrubinemia, hipertransaminasemia y alargamiento del tiempo de protrombina. ECO abdominal: dilatación de vía biliar intrahepática y del colédoco proximal con una dudosa imagen de barro biliar. La colangioresonancia objetivaba discreta dilatación de vía biliar sin imagen de coledocolitiasis. El paciente seguía sin tolerancia oral y se practicó fibrogastroscoopia observando lesión polipoide de unos 4 cm que ocupaba la totalidad de la luz del bulbo duodenal, extendiéndose hasta la zona proximal de la segunda porción duodenal con restos hemáticos desde el antro prepilórico formando un falso pedículo. No fue posible la resección endoscópica, por lo que se procedió a la resección quirúrgica por vía laparoscópica mediante transgastroduodenotomía, practicándose polipsectomía con piloroplastia del 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 describir una tumoración de características morfológicas e inmunohistoquímicas compatibles con un tumor miofibroblástico inflamatorio. CD34+ y proteinquinasa para linfoma anaplásico +. **Discusión:** Se trata de un tumor muy poco frecuente, que suele ser asintomático o cursar con síntomas inespecíficos. Para diferenciarlo de un tumor estromal gastrointestinal (GIST), se debe verificar con un estudio inmunohistoquímico. Hay que tener en cuenta la imprevisible evolución de este tipo de tumoraciones y, en caso de irresecabilidad, habría que realizar tratamiento radioterápico y quimioterápico.