



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-754 - TUMOR PSEUDOINFLAMATORIO EN COLON DERECHO O CÓMO EL PATÓLOGO DEVUELVE LAS ESPERANZAS

Bagnaschino Pose, María Sol; Riquelme Gaona, Jerónimo; Ferreras Martínez, David; Gil Vázquez, Pedro José; García Carrillo, Eva; Bernabeu Miralles, Mercedes; Martínez Serrano, María Ángeles; Tomás Gómez, Andrés Javier

Hospital de Torrevieja, Torrevieja.

Resumen

Introducción: El pseudotumor inflamatorio es una entidad poco frecuente, de carácter benigno, pero que puede presentar un comportamiento agresivo. Su variedad clínica y radiológica hacen que su diagnóstico se alcance gracias al estudio histopatológico e inmunohistoquímico. La resección total es el tratamiento de elección.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 29 años que acude a urgencias por dolor brusco e intenso en flanco derecho, hipotensión y diaforesis. Refiere dolor epigástrico de dos meses de evolución sin mejoría con omeprazol y pérdida de 6 kg de peso en relación con hiporexia. En urgencias se inicia reanimación con fluidoterapia, se toman analíticas en las que destacan proteína C reactiva de 24 mg/dL y procalcitonina de 1,7 ng/dL. En la TC se describe dilatación de segmento colónico ascendente, perforado, rodeado de una imagen que mide 105 × 79 × 87 mm. Se decide laparotomía urgente, hallando una tumoración en válvula ileocecal perforada en su cara anterior, con peritonitis fecaloidea generalizada, sin otras lesiones sólidas en cavidad abdominal. Se realiza hemicolectomía derecha con anastomosis manual. En planta el paciente es seguido por un equipo multidisciplinar (medicina interna, rehabilitación, nutrición, entre otros) con evolución favorable en todo momento. El resultado de Anatomía Patológica concluye lesión mesenquimal concordante con pseudotumor inflamatorio.



Discusión: El pseudotumor inflamatorio, descrito en 1939 por Bunn, es una neoplasia benigna infrecuente. Nombrado de múltiples maneras (granuloma de células plasmáticas, tumor miofibroblástico inflamatorio, xantoma, etc.), se ha descrito en todas las edades, prevaleciendo en pacientes jóvenes (2-16 años), sin clara predilección por sexo. Su localización típica es el pulmón, seguido por la cavidad abdominal (mesenterio, hígado, vejiga y estómago, en orden descendente), siendo lesión única el 95% de las ocasiones. Su etiología es desconocida, destacando como factores predisponentes cirugías previas, traumatismos, esteroides o infecciones por *Mycobacteria*, virus Epstein-Barr, *Escherichia coli* o *Helicobacter pylori*. Si su localización es abdominal, suele presentarse con fiebre, pérdida de peso y anorexia, pero puede debutar como urgencia quirúrgica. Radiológicamente se describe como un tumor sólido, homogéneo, sin calcificaciones, aunque sus

características son diversas. Para su diagnóstico definitivo, es preciso un estudio histopatológico (proliferación de miofibroblastos mezclados y células inflamatorias) e inmunohistoquímico (positividad para la actina del músculo liso, vimentina y negativo para CD 117 y CD34). En cuanto a su tratamiento, la resección quirúrgica completa es de elección; en caso contrario, el riesgo de recidiva aumenta, alcanzando tasas del 25%. Los pseudotumores inflamatorios extrapulmonares no presentan gran respuesta con radioterapia ni quimioterapia. Nuestro caso coincide con la literatura en el perfil de edad, clínica y debut; sin embargo, su localización cólica es extremadamente infrecuente. Se realizó resección completa y, tras 5 meses, el paciente se encuentra asintomático. En conclusión, el pseudotumor inflamatorio es un diagnóstico que no sopesamos hasta los resultados de anatomía patológica debido a su baja prevalencia y la diversidad clínica-radiológica. La resección tumoral quirúrgica completa debe ser el objetivo terapéutico.