

Tumor glómico gástrico: a propósito de un caso

M. Correa, J.A. Abril, M. Díaz, A. de la Cruz* y A. Rey

Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo y *Anatomía Patológica. Hospital Naval de la Zona Marítima del Cantábrico. Ferrol.

Resumen

Se presenta un caso de tumor glómico gástrico que se inició como hemorragia digestiva. Este tumor se origina en las células del glomus. La localización gástrica es excepcional y representa aproximadamente el 7% del total de tumores gástricos benignos no epiteliales. Su tratamiento es quirúrgico.

Se aporta el caso clínico de una mujer de 53 años que ingresó por un cuadro sincopal y anemia. Comentamos los hallazgos microscópicos, inmunohistoquímicos, ultraestructurales y las alternativas terapéuticas de esta poco frecuente localización.

Palabras clave: Tumor glómico. Glomangioma gástrico. Célula glómica. Estómago.

(Cir Esp 2001; 69: 619-621)

Introducción

El tumor glómico (TG) es una neoplasia de origen mesenquimatoso que reproduce las células musculares modificadas halladas en el cuerpo glómico. Descrito por Masson en 1924, su localización más frecuente es la piel y el tejido celular subcutáneo, preferentemente subungueal. Se han comunicado otras localizaciones poco habituales: rótula, pared torácica, labios, cuello uterino, vagina y recto¹. La localización gástrica es muy rara (poco más de 300 casos publicados). Suelen ser hallazgos incidentales en el transcurso de exploraciones digestivas. Cuando producen síntomas se presentan en relación con la hemorragia por ulceración, dispepsia, dolor y obstrucción pilórica²⁻⁴.

Se describe el caso clínico, los hallazgos microscópicos, inmunohistoquímicos, ultraestructurales y el tratamiento de un tumor glómico gástrico (TGG), rara entidad clínica entre los tumores gástricos benignos (TGB).

GASTRIC GLOMUS TUMOR. CASE REPORT

We present the case of a gastric glomus tumor that first presented as gastric hemorrhage. The tumor originated in the glomus cells. Gastric localization is exceptional, accounting for approximately 7% of all benign non-epithelial gastric tumors. Treatment is surgical. We present the case of a 53-year-old woman who was admitted for clinical signs and symptoms of syncope and anemia. We discuss the microscopic, immunohistochemical, and ultrastructural findings as well as the therapeutic alternatives of this infrequent localization.

Key words: Glomus tumor. Gastric glomangioma. Glomic cells. Stomach.

Caso clínico

Mujer de 53 años con antecedentes de tiroiditis de Hashimoto tratada con levotiroxina, osteoporosis, migrañas, dispepsia gástrica no filiada y síndrome depresivo. Acudió a urgencias por síncope. Refería melenas recientes, astenia y anorexia de 3 meses de evolución. En la exploración física sólo se apreció palidez mucocutánea.

Las pruebas de laboratorio sólo demostraron una anemia ferropénica (Hb 9 g/dl, Hto 25,1%).

En la endoscopia digestiva alta (fig. 1a) se apreció una lesión submucosa en la cara anterior del antrum gástrico de 4 cm de diámetro con ulceración central (fig. 1b).

En la biopsia endoscópica aparecían cambios de tipo reactivo inespecíficos. En la tomografía computarizada (TC) se observaba una lesión submucosa antral de 3 cm de diámetro de estructura homogénea, que captaba contraste en fase precoz (figs. 1c y d).

Se indicó tratamiento quirúrgico por tumoración antral indicativa de tumor de músculo liso. Fue intervenida 2 meses después por no aceptar la paciente en primera instancia la intervención quirúrgica. Se realizó una antrectomía con reconstrucción tipo Billroth I. El postoperatorio transcurrió con normalidad y la paciente permanece asintomática en el momento actual.

El estudio anatomo-patológico informó de la presencia de una pieza de antrectomía con una tumoración submucosa de aspecto

Correspondencia: Dr. M. Correa.
Servicio de Cirugía. Hospital Naval.
San Pedro de Leixa, s/n. 15405 Ferrol.

Aceptado para su publicación en octubre del 2000.

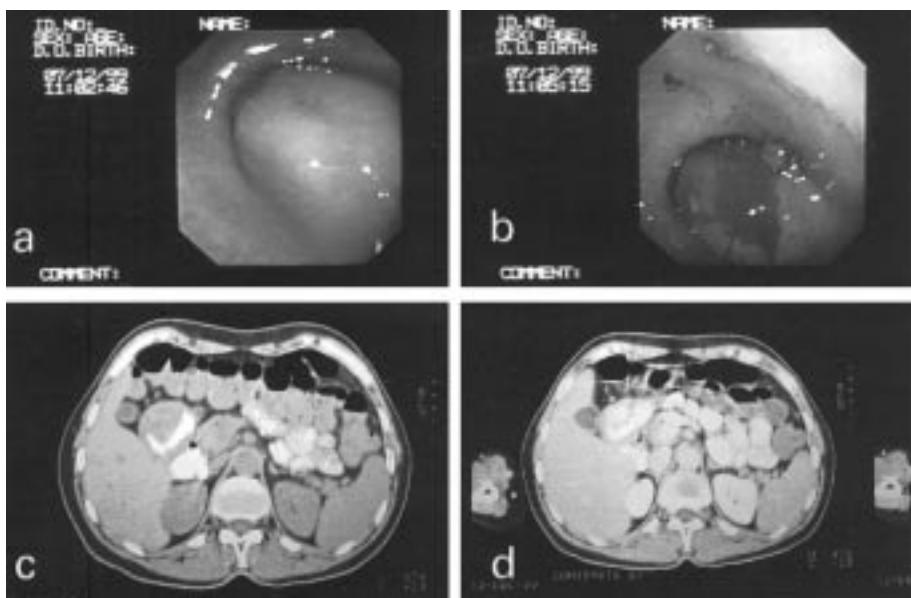


Fig. 1. a) Endoscopia digestiva alta: tumoreación submucosa antral. b) Con ulceración antral. c) y d) TC: lesión submucosa antral sin y con contraste i.v.: captación precoz.

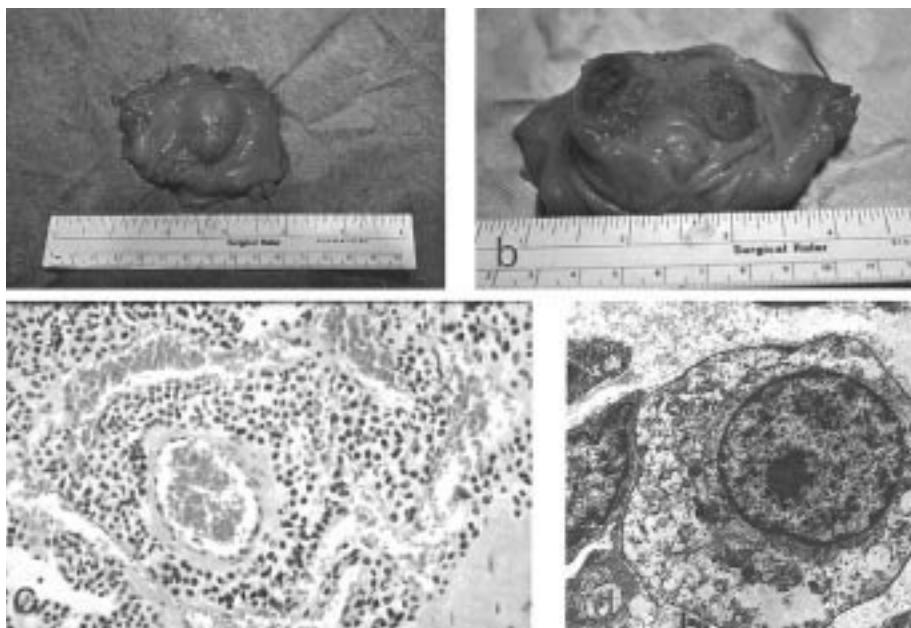


Fig. 2. a) Pieza de antrectomía (tumoreación). b) Tumoración abierta. c) Disposición en empalizada de células glómicas perivasculares. d) Microscopía electrónica: célula glómica.

to vascular, bien delimitada, que afectaba a la capa muscular; mucosa gástrica indemne (figs. 2a y b). Histológicamente, se trataba de una neoplasia de estirpe mesenquimática de características benignas y diferenciación en células glómicas, constituida por numerosos vasos y lagos sanguíneos con endotelios sin atipias, acumulaciones de células redondeadas con citoplasma claro, núcleo central, membrana nuclear lisa, cromatina laxa y sin atipias (fig. 2c).

El estudio inmunohistoquímico presentaba positividad para actina, vimentina, colágeno IV y laminina, y fue negativo para desmina y citokeratina. En el estudio ultraestructural se observaban células glómicas con haces de miofibrillas citoplasmáticas y producción de una abundante membrana basal (fig. 2d). El diagnóstico fue de tumor glómico gástrico.

En la actualidad la paciente está asintomática, con tránsito baritado normal.

Discusión

Los TGB son lesiones infrecuentes. La proliferación de estudios endoscópicos hace pensar que su verdadera frecuencia no ha sido bien calculada. La frecuencia relativa resulta difícil de conocer por la variabilidad de las fuentes de estudio (cirugía, necropsia, endoscopia). El tumor glómico y otros tumores de origen vascular son excepcionales en el grupo de los TGB; suponen el 1,8% del total de TGB y el 7,3% de TGB de origen mesenquimatoso⁵.

Las primeras descripciones de TGG fueron realizadas por De Busscher en 1948 y Kay et al en 1951, respectivamente^{6,7}. Desde entonces han sido publicadas distintas series: Kanwar y Manaligod en 1975 revisan 67 casos publicados en la bibliografía, siendo la serie más amplia la del Instituto de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. con 12 casos⁸. Tras la búsqueda en la biblio-

grafía anglosajona aparecen publicados poco más de 100 casos hasta 1999. Nishio et al, en 1999, encuentran 78 casos en la bibliografía japonesa⁹. De forma secuencial, aparecen publicados casos individuales. Revisada la bibliografía española, en los últimos 25 años sólo encontramos el caso de Fresno et al en 1989¹⁰.

El TG se origina en las células del conducto de Sucquet-Hoyer, anastomosis arteriovenosa que sirve para la regulación térmica¹. Típicamente, se localiza en la dermis y el tejido subdérmico con una especial afinidad por los lechos subungueales. Otras localizaciones son: pared torácica, tráquea, mediastino, rótula, útero, vagina, riñones, etc.^{1,2}. En el tubo digestivo, además del estómago, se han documentado en yeyuno, colon y recto¹¹.

El TGG se presenta habitualmente como un nódulo único, de pequeño tamaño, localización antral, que en nada se distingue de otros tumores gástricos⁴.

Las células glómicas adoptan una disposición perivascular, son redondeadas, con un citoplasma claro o eosinófilo muy tenue, un núcleo central redondeado, con membrana nuclear lisa, cromatina laxa y sin atipias^{4,11,12}.

Según las características inmunohistoquímicas de las células glómicas, éstas poseen una membrana basal que expresa positividad para laminina y colágeno IV, y miofibrillas citoplasmáticas que son positivas para vimentina, actina de músculo liso y miosina. No se produce inmunorreacción frente a desmina, antígenos de membrana epitelial, citoqueratinas o cromogranina^{4,10,12,13}.

El diagnóstico diferencial es histopatológico. Clínicamente, son indistinguibles de los tumores de la estroma gastrointestinal (GIST): leiomiomas, leiomiosarcomas, lipomas, páncreas ectópico, tumores neurógenos, etc.¹⁴.

En ocasiones, son un hallazgo casual en exploraciones realizadas por otras causas. Cuando causan síntomas, los más frecuentes están en relación con la hemorragia por ulceración de la mucosa. Suelen presentar dispepsia, dolor o síntomas de obstrucción si se localizan yuxtapiplóricos³.

Las exploraciones complementarias son las mismas que para el resto de los tumores gástricos.

En la endoscopia alta el TGG se presenta como una lesión submucosa, con o sin ulceración, y de consistencia variable.

En el estudio con bario aparece un defecto de repleción con ulceración mucosa, con una imagen en "ojito de buey", que tampoco es específica.

En la TC se aprecian masas blandas que pueden tener calcificaciones muy finas en su interior, con áreas de menor densidad. Es característica la captación de contraste en fase precoz¹⁵.

En la ecografía transabdominal de alta resolución, el tumor glómico se observa como una lesión hipoeocoica con áreas internas hiperecoicas; este modelo también lo presentan otras lesiones submucosas como el leiomirosarcoma¹⁶.

La ecoendoscopia informa de la capa de donde procede, el tamaño real, la extensión, los datos de su estructura y la aproximación diagnóstica; facilita la realización de la PAAF o la toma de microbiopsias con Tru-cut¹⁷. Es una excelente técnica de diagnóstico.

El tratamiento es siempre quirúrgico. La técnica quirúrgica elegida depende del tamaño del tumor y de su localización. Para los tumores menores de 3 cm es suficiente la resección en

cuña o la simple enucleación incluso por vía endoscópica. En los tumores mayores de 3 cm será necesaria algún tipo de resección gástrica^{18,19}. Es importante la confirmación histopatológica intraoperatoria²⁰.

En nuestro caso realizamos una antrectomía con anastomosis gastroduodenal monoplano con excelentes resultados al año de la intervención.

Los tumores glómicos gástricos son entidades clinicopatológicas extremadamente raras que suelen presentarse como hemorragia digestiva o asintomáticos. Su tratamiento es quirúrgico con el mínimo gesto posible.

Bibliografía

1. Enzinger FM, Weis WS. Glomus tumor. En: Soft tissue tumors. St Louis MO: C. V. Mosby, 1988; 581-95.
2. Davis G. Neoplasias del estómago. En: Sleisenger-Fordtran, editores. Enfermedades gastrointestinales (3.^a ed.). Madrid: Panamericana, 1985; 36: 700-716.
3. Edis AJ. Tumores benignos del estómago. En: Schwartz-Ellis, editor. Maingot operaciones abdominales (8.^a ed.). Madrid: Panamericana, 1989; 36: 923-936.
4. Haque S, Modlin IM, West AB. Multiple glomus tumors of the stomach with intravascular spread. Am J Surg Pathol 1992; 16: 291-299.
5. Nelson RS, Lanza FL. Tumores malignos y benignos del estómago (distintos del carcinoma). En: Berk JE Bockus, editor. Gastroenterología. Filadelfia: WB Saunders Company, 1987; 74: 1397-1407.
6. De Busscher G. Les anastomoses arterioveineuses de l'estomac. Acta Neurol Morph 1948; 6: 87-105.
7. Kay S, Callahan WP, Murray ML, Randall HT, Sout AP. Glomus tumors of the stomach. Cancer 1951; 4: 726-736.
8. Kanwar YS, Manaligod JR. Glomus tumor of the stomach. An ultrastructural study. Arch Pathol 1975; 99: 392-397.
9. Nishio H, Furuta I, Obana I, Yamazumi T, Kuroda T, Hiruma S et al. A case of glomangioma of the stomach. Rinsho Byori 1999; 47: 785-789.
10. Fresno M, Onrubia JA, Navarrete F. Tumor glómico gástrico. Estudio óptico e inmunohistoquímico. A propósito de un caso. Rev Esp Enf Ap Digest 1989; 76: 479-481.
11. Gerathzy JM, Everit NJ, Blundell. Glomus tumor of the small bowel. Histopathology 1991; 19: 287-289.
12. Gould EW, Manivel JC, Albores-Saavedra J, Monforte H. Locally infiltrative glomus tumors and glomangiosarcomas. A clinical, ultrastructural and immunohistochemical study. Cancer 1990; 65: 310-318.
13. West AB, Buckley PJ. Mantle zone lymphoma in a gastric glomus tumor. Cancer 1992; 70: 2246-2249.
14. Almagro UA, Schulte WJ, Norback DH, Turcotte JK. Glomus tumor of the stomach. Histologic and ultrastructural features. Am J Clin Pathol 1981; 75: 415-419.
15. Park SH, Han JK, Tim TK, Lee JW, Kim SH, Kim YI et al. Unusual gastric tumors: radiologic-pathologic correlation. Radiographics 1999; 19: 1435-1446.
16. Tsai TL, Changchien CS, Hsiaw CM. Hemorrhagic gastric glomus tumor mimicks a leiomyosarcoma on both transabdominal and endoscopy ultrasonography: case report. Chang Keng I Hsueh 1999; 22: 687-691.
17. Imamura A, Tochihara M, Natsui K, Murashima Y, Suga T, Yaosaka T et al. Glomus tumor of the stomach: endoscopy ultrasonographic findings. Am J Gastroenterol 1994; 89: 271-272.
18. Petrov VP, Rozhkov AG, Savvin IUN, Dronov VI. Nonepithelial tumor of the stomach. Khirurgija 1997; 3: 25-28.
19. Caccamo D, Kaneko M, Gordon RE. Glomus tumor of the stomach. Mt Sinai J Med 1987; 54: 344-347.
20. Langwara H, Bahr R, Lohe B. Glomus tumor – a rare stomach tumor. Chirurg 1995; 66: 630-633.