



P-193 - TUMOR GLÓMICO GÁSTRICO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Martínez-Galilea, María; Aguas Blasco, Silvia; García Cacho, María Belén; García Tricio, Enrique; Andrés Ramírez, Jaime; García Tejero, Aitana

Hospital San Pedro de la Rioja, Logroño.

Resumen

Introducción: El tumor glómico gástrico es una tumoración infrecuente que representa un desafío diagnóstico debido a sus características, siendo el diagnóstico definitivo histológico e inmunohistoquímico.

Caso clínico: Paciente varón de 50 años con antecedentes de trasplante hepático por atresia de vía biliar. En estudio por anemia se realiza gastroscopia objetivando en antro, una lesión submucosa de 15 mm. Se realiza ecoendoscopia informando de lesión isoecogénica, homogénea, dependiente de capa muscular propia, sugestiva de GIST gástrico. Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica vía laparoscópica. Se realiza resección en cuña de la lesión, comprobando con gastroscopia intraoperatoria su localización y el buen paso hacia piloro. El informe anatomo-patológico informó de tumoración de estirpe mesenquimal, constituida por canales vasculares, positiva para actina del músculo liso y calponina, concluyente de tumor glómico. Actualmente en seguimiento en consultas de cirugía.

Discusión: El cuerpo glómico es una estructura neuromioarterial que interviene en la regulación de la temperatura corporal periférica y en el control del flujo sanguíneo arteriolar. El tumor glómico es un tumor raro, mesenquimatoso tipo vascular, que se origina a partir de células lisas modificadas localizadas en el cuerpo glómico. Su localización más frecuente es en la región subungueal, y aunque son raros en el tracto gastrointestinal, suelen localizarse en el estómago en el 1% de los casos. Se describe como una lesión submucosa única, bien definida, localizada en el antro, con un tamaño entre 2-2,5 cm. Son más frecuentes en mujeres, con una mediana de edad de 45 años. La clínica es inespecífica, desde casos asintomáticos hasta síntomas como náuseas y vómitos, dispepsia, anemia crónica, dolor epigástrico y sangrado digestivo alto por ulceración. Aunque la mayoría son benignos, se ha reportado malignidad en el 1% de los casos, con metástasis a hígado, cerebro, riñón y piel. Entre los criterios de malignidad destacan la localización en capas profundas, el tamaño mayor a 5 cm, presencia de mitosis atípicas y alto grado nuclear. El diagnóstico es un desafío debido a la falta de características específicas clínicas, endoscópicas y radiológicas, por lo que se basa en el diagnóstico histológico e inmunohistoquímico. En la endoscopia se presenta como una lesión submucosa, indistinguible de los GIST, leiomiomas, lipomas, páncreas ectópico y tumor carcinoide, con los que hay que hacer diagnóstico diferencial. Las pruebas de imagen tampoco son útiles para el diagnóstico diferencial de estos tumores, sin embargo, la ecoendoscopia con PAAF puede ayudar en el diagnóstico preoperatorio. El diagnóstico definitivo se basa en el estudio inmunohistoquímico, con

positividad para actina del músculo liso y calponina; y negativo para desmina. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica con márgenes libres. El abordaje depende de la ubicación del tumor, siendo la resección en cuña por laparoscopia factible en la mayoría de los casos. Aunque suelen tener un pronóstico favorable, en los casos malignos no hay guías acerca del estadio, tratamiento y el seguimiento, debido al escaso número de casos reportados.