

## Tumor miofibroblástico inflamatorio del colon

### Inflammatory Myofibroblastic Tumor of the Colon

Flavia Linares Tovar<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4861-2084>

César Jorge Castro Rodríguez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4089-4315>

Dianett Taillacq Blanco<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8991-1120>

Amanda Rodríguez Chaviano<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5609-7900>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba.

\*Autora para la correspondencia: [flinares@nauta.cu](mailto:flinares@nauta.cu)

#### RESUMEN

**Introducción:** Los tumores miofibroblásticos son tumores benignos de origen mesenquimal, de etiología incierta, y frecuente en niños y jóvenes.

**Objetivo:** Describir un nuevo caso de tumor miofibroblástico abdominal.

**Caso clínico:** Se presenta una paciente de 20 años con antecedentes de salud con dolor en abdomen derecho, se realiza tomografía de abdomen contrastada que informa una masa hiperdensa no homogénea en flanco derecho. Se realiza resección quirúrgica del tumor y el estudio anatomopatológico informa un tumor miofibroblástico inflamatorio. Su pronóstico es favorable porque es una entidad benigna y no metastiza.

**Conclusiones:** Los tumores miofibroblásticos de colon son infrecuentes, benignos, que al diagnosticarlos deben resecarse ampliamente para evitar la recidiva.

**Palabras clave:** pseudotumor inflamatorio; miofibroblastoma; colon.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Myofibroblastic tumors are benign tumors of mesenchymal origin, of uncertain etiology, and frequent in children and young people.

**Objective:** To describe a new case of abdominal myofibroblastic tumor.

**Clinical case:** The case is presented of a 20-year-old female patient with a health history and pain in the right abdomen. Contrasted abdominal tomography is performed, which shows an inhomogeneous hyperdense mass in the right flank. Surgical resection of the tumor was performed. The pathological study reported an inflammatory myofibroblastic tumor. Its prognosis is favorable because it is a benign entity that does not metastasize.

**Conclusions:** Colon myofibroblastic tumors are infrequent, benign, and when diagnosed, they must be widely removed to avoid recurrence.

**Keyword:** inflammatory pseudotumor; myofibroblastoma; colon.

Recibido: 29/02/2020

Aceptado: 25/03/2020

## Introducción

El pseudotumor inflamatorio fue descrito por primera vez, por *Brummer* en 1939, y fue llamado así por *Umiker* en 1954.<sup>(1)</sup> Desde entonces ha recibido diversas denominaciones: tumores miofibroblásticos, miofibroblastomas, o pseudosarcomas. Son de origen mesenquimal; donde se produce una proliferación benigna no metastizantes de miofibroblastos. Estos tipos de tumores se originan en tejidos blandos localizados en: pulmón, abdomen, estómago, hígado, páncreas, colon, aparato genitourinario y sistema nervioso. Se presenta en muy baja frecuencia, más común en edades jóvenes. Macroscópicamente, son masas únicas o múltiples, firmes, blanquecinas - amarillentas y con bordes irregulares que ofrecen aspecto infiltrante o mal definidos. Histológicamente, presenta un cuadro en el que predominan células fusiformes con cambios mixoides, que muestran núcleos de gran tamaño, polimórficos, de aspecto vesiculoso, y citoplasmas amplios y eosinófilos. Presenta buen pronóstico a largo plazo, sin observarse progresión de la infiltración o metástasis, aunque sí recurrencia local.<sup>(1,2,3,4,5)</sup>

El objetivo es describir un nuevo caso de tumor miofibroblástico abdominal dada su complejidad para establecer su diagnóstico y la infrecuencia de su presentación.

## Caso clínico

Paciente femenina de 20 años, mestiza, con antecedentes de salud, que acude a urgencias por presentar fiebre de 39 °C que no cede con antipiréticos, escalofríos, astenia, anorexia, dolor abdominal difuso y orinas escasas. Al examen físico se constató taquicardia; abdomen doloroso a la palpación en flanco y fosa iliaca derecha (FID) irradiándose hacia el tercio superior del muslo derecho, con punto pielorrenoureteral anterior derecho doloroso. Anemia ligera (hemoglobina 94 g/l) en exámenes de laboratorio y resto sin alteración. Se decidió ingreso en sala de medicina interna (MI) con diagnóstico de pielonefritis aguda. Se valora por el servicio de cirugía por persistir dolor abdominal y se indica laparoscopia: “apéndice cecal dilatado, con ligero rubor de la tuba uterina derecha”. Se decide cirugía urgente. Hallazgos: ganglios mesentéricos aumentados de volumen, interpretándose como Adenitis Mesentérica. Proceder: apendicetomía y exéresis de adenopatía para estudio histológico, el cual arroja una adenitis reactiva. En el postoperatorio evoluciona satisfactoriamente, pero persiste la fiebre, descartándose su relación con el proceder quirúrgico y se traslada a MI para continuar estudios que resultan negativos. A los 15 días de ingresado comenzó con cuadros diarreicos, dolor a la palpación en FID y flanco derecho con proceso tumoral palpable, doloroso, inmóvil, que impresiona ser intraperitoneal. Se realiza tomografía computarizada (TC) de abdomen contrastada que informa: “en flanco y FID se observa una masa hiperdensa no homogénea que mide 10x10x9 cm que engloba asas intestinales, y en la vecindad masas o imágenes redondeadas, hiperdensas que pudiera estar en relación con el proceder quirúrgico anterior, sin descartar proceso inflamatorio y/o tumoral”. Ultrasonido abdominal colegiado: “imagen alargada en FID, iso-hipoecogénica con luz irregular central (propia de asas intestinales), subjetivo de proceso inflamatorio de 10x10x9cm, líquido

interasas en fosa iliaca derecha e hipogastrio; adenopatías cercanas a la lesión intestinal” (Fig. 1).



Fig. 1- Ultrasonido abdominal.

Con los elementos clínico-imagenológicos se decide laparotomía exploradora de urgencia. Hallazgos: tumor de ciego abscedado (T4N2M0) que implica mitad derecha de colon transverso, omento mayor, adherido a estructura retroperitoneales, adenopatías de hasta 2 cm de diámetro, en el trayecto de la arteria cólica derecha, y en el resto del mesenterio. Proceder: hemicolectomía derecha más ileo-transversostomía termino-terminal. Se envía pieza a patología: íleon terminal 20 cm, colon derecho, mitad derecha de colon transverso y omento mayor (Fig. 2).



Fig. 2- Pieza anatómica.

Se traslada a unidad de cuidados intensivos en el postoperatorio inmediato para luego pasar a sala de cirugía general. Presentó hasta 3 días previos de su egreso periodos febriles a diario atribuidos inicialmente al intenso estrés quirúrgico, postquirúrgico y luego a seroma de la herida quirúrgica. Sus exámenes paraclínicos evolutivos fueron normales. Durante su estadía se sometió a distintos esquemas terapéuticos con antimicrobianos. Tras 57 días de ingreso y luego de 72 horas afebril con mejoría clínica se decide alta hospitalaria. El estudio histopatológico informó: macroscópicamente (segmento de intestino grueso de 42x10x5 cm con masas múltiples blanco amarillentas bordes irregulares de aspecto infiltrante o mal definidos, múltiples adherencias interasas) (Fig. 2) y microscópicamente (tres patrones histológicos: el primero, cambios mixoides, vasculares y áreas inflamatorias; el segundo, células fusiformes, compactas y células inflamatorias entremezcladas; y el tercero, predominio de matriz colágena densa). Concluyendo: tumor miofibroblástico inflamatorio de colon. Hasta el momento la evolución es satisfactoria, sin recidivas, con reincorporación a la vida laboral y social sin limitaciones.

## Discusión

Algunos autores consideran los miofibroblastos como un tejido de reacción e inflamación, otros como verdaderas proliferaciones tumorales. Aunque su etiología es incierta, se han planteado hipótesis con procesos traumáticos, inmunosupresión, cirugía, factores irritativos crónicos, agentes carcinógenos, infecciones por *Epstein-Barr* o citomegalovirus, enfermedades colágeno-vasculares, mediastinitis esclerosante, colangitis esclerosante, pseudotumor orbital. En este caso clínico presentado no se recogen datos de afectaciones precedentes relacionadas con esta patología, de ahí lo novedoso del mismo.<sup>(6,7,8,9)</sup> El diagnóstico diferencial debe realizarse según la localización del tumor: aparato respiratorio (tuberculosis pulmonar, linfomas); hígado (abscesos); tejidos blandos (fascitis nodular); vejiga (carcinoma sarcomatoide y leiomiomasarcoma). También según la presentación clínica: colecistitis aguda, apendicitis aguda, absceso ovárico, perforación de colon, linfomas, etc.<sup>(10,11)</sup>

El diagnóstico se sospecha en todo tumor de tejidos blandos, intracavitarios y en este caso, fue establecido mediante TC y análisis histopatológico. La resección quirúrgica fue la conducta que seguimos, lo cual coincide con varios autores quienes describen que la cirugía es el tratamiento de elección y con una evolución favorable después de una excisión con bordes libres de lesión, con tasas de curación del 100 %.<sup>(6)</sup> No existe evidencia que demuestre que la quimioterapia sea efectiva como monoterapia, pero puede tener un papel después de la cirugía. La radioterapia se reserva únicamente como paliativo para disminuir el efecto de masa, o en conjunto con la quimioterapia, para pacientes no candidatos a cirugía. En estudios radiológicos no presentan características que los puedan identificar por lo que se requiere realizar: un estudio histopatológico, inmunohistoquímica, tinciones de vimetina, actina/citoqueratina y desmina.<sup>(1,12)</sup>

Las principales complicaciones son: suboclusión intestinal secundaria a intususcepción intestinal, adenitis mesentérica, hemoperitoneo, perforaciones, así como complicaciones no relacionadas con el proceder: infecciones nosocomiales, tromboembolismo pulmonar, anemias posoperatorias.<sup>(1,2,3)</sup>

Los tumores miofibroblásticos de colon son infrecuentes, benignos, debidos a proliferación de células del músculo liso y fibroblastos, que al diagnosticarlos deben resecarse ampliamente para evitar la recidiva.

## Referencias bibliográficas

1. Darker B, Arias J, Ceballos V, Cortés C, Fariña J, Rostion C, et al. Pseudotumor inflamatorio en colon. Rev Ped Elec. 2006 [acceso 12/10/2019];3(1):12-4. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol3num1/3.htm>
2. Chávez-Valdivia M, Quiñones-Ceballos A. Miofibroblastoma gástrico. Presentación de caso. Revista Finlay. 2012 [acceso 24/11/2019];2(2):[aprox. 7 p]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/104>
3. Kim DJ, Kim W. Inflammatory myofibroblastic tumor treated with laparoscopic proximal gastrectomy and double-tract anastomosis. J Gastric Cancer. 2015 [acceso 24/11/2019];15:64-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.5230/jgc.2015.15.1.64>

4. Fletcher PA, Vega FD, Acosta JA, Suescún GO, Islena BM. Tumor miofibroblástico de origen ovárico: comportamiento agresivo y fatal. Revista Colombiana de Cancerología. 2016 [acceso 24/11/2019];20(1):1-48. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-tumor-miofibroblastico-origen-ovarico-comportamiento-S0123901516000214>
5. Osnaya HM, Abelina ZS, Escoto GJ, Mondragón MA, Sánchez RD. Tumor miofibroblástico inflamatorio ocasionando abdomen agudo. Rev Chil Cir. 2014 [acceso 12/10/2019]; 66(3):264-8. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/262456217\\_TUMOR\\_MIOFIBROBLASTICO\\_INFLAMATORIO\\_PSEUDOTUMOR\\_INFLAMATORIO\\_OCACIONANDO\\_ABDOMEN\\_AGUDO](https://www.researchgate.net/publication/262456217_TUMOR_MIOFIBROBLASTICO_INFLAMATORIO_PSEUDOTUMOR_INFLAMATORIO_OCACIONANDO_ABDOMEN_AGUDO)
6. París SM, Domènech CJ, Raga CE, Sabench PF, Castillo DD. Tumor miofibroblástico inflamatorio gástrico como rara causa de obstrucción de la vía biliar. Cirugía Española. Elsevier. 2016 [acceso 12/10/2019];94 (3):188-90. Disponible en: <https://elsevier.es/es-revista-espanola-36-articulo-tumor-miofibroblastico-inflamatorio-gastrico-como-S0009739X15001840>
7. Cianci P, Ambrosi A, Fersini A, Tartaglia N, Lizzi V, Sanguedolce F, et al. Voluminous omental inflammatory myofibroblastic tumor in an elderly man: A case report and literature review. Case Rep Surg. 2015 [acceso 24/11/2019];2015:873758. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/25688324>
8. Hoseini-Azar M, Mokhtare M, Zare-Mirzaie A, Gholami A, Agah S, Sadegh-Ghafoori S, et al. Fever, Weight Loss and Early Satiety due to Gastric Inflammatory Myofibroblastic Tumor; Case Report and Literature Review. Middle East J Dig Dis. 2016 [acceso 25/11/2019];8(2):138-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27252821/>
9. Deena K, Stephen D, Shailesh P. Inflammatory Myofibroblastic Tumor of the Lung Diagnosed by Endobronchial Ultrasound. Canadá: Official publication of the American College of Chest Physicians. 2017;152(4):A710. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.08.739>
10. Muñoz Moya JE, Alfaro Aguirre MO, Leiva Silva M, Kakarieka Weisskopf E, López Sáez MT. Tumor miofibroblástico inflamatorio: Presentación variable de una

misma patología. Rev. chil. pediatr. 2019 [acceso 29/01/2020];90(3):328-35.

Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062019000300328&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000300328&lng=es).

<http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i3.898>.

11. Grunoholz D, Appiani F, Abarca C, Manriquez M, Pinilla J, Wainstein E, et al. Tumor miofibroblástico peritoneal. Respuesta favorable asociada a infliximab. Caso clínico. Rev Med Chile. 2015;143:943-7. Disponible en:

<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000700017>

<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000700017>

12. Wang Z, Zhao X, Li K, Yao W, Dong K, Xiao X, et al. Analysis of clinical features and outcomes for inflammatory myofibroblastic tumors in China: 11 years of experience at a single center. Pediatr Surg Int. 2016;32:239-43. Disponible en:

[www.europepmc.org/article/med](http://www.europepmc.org/article/med)

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### Contribuciones de los autores

*Flavia Linares y Amanda Rodríguez:* Ayudaron en la recopilación y selección de referencias. En la redacción del documento, en la recopilación e interpretación de datos y análisis de revisión.

*César Castro y Dianett Taillacq:* Cirujanos principales, contribuyeron en el análisis de los informes clínicos del paciente, la obtención del consentimiento informado y supervisaron la redacción del informe.