



Patología benigna del estómago. Revisión educativa.

Aurymar Fraino

Javier Encinas de la Iglesia

Miguel A. Corral de la Calle

Percy A. Chaparro García

Daniel S. Águeda del Bas

Complejo Asistencial de Ávila.

INTRODUCCIÓN

Cuando se evalúa la cavidad gástrica por medio de técnicas de imagen, es importante poder diferenciar las diferentes condiciones benignas de las patologías malignas, ya que generalmente en éstas últimas se necesitarán otros exámenes complementarios, como la endoscopia para su valoración.

La patología benigna del estómago comprende las lesiones tumorales, inflamatorias y las condiciones misceláneas.

I. LESIONES TUMORALES

Las lesiones de origen tumoral representan entre el 1-5 % de todos los tumores gástricos y puede abarcar a los de origen epitelial (pólipos), mesenquimales, que incluyen a los de músculo liso, los de estirpe graso, nervioso y vascular; y por otro lado tenemos a los carcinoides.

No existe un patrón típico de los tumores benignos, sin embargo suelen presentar bordes regulares y ser homogéneo sin y tras la administración del contraste intravenoso.

I. LESIONES TUMORALES

1. Pólipos hiperplásicos

Son los pólipos más frecuentes en la cavidad gástrica (>75%), suelen crecer hacia la luz, como todas las lesiones polipoideas, pudiendo ser sésiles o pediculados. Son únicos y pequeños (menores de 2cm). **Figura 1.**

Pueden llegar a malignizarse, aunque es raro, por lo que no requieren controles.

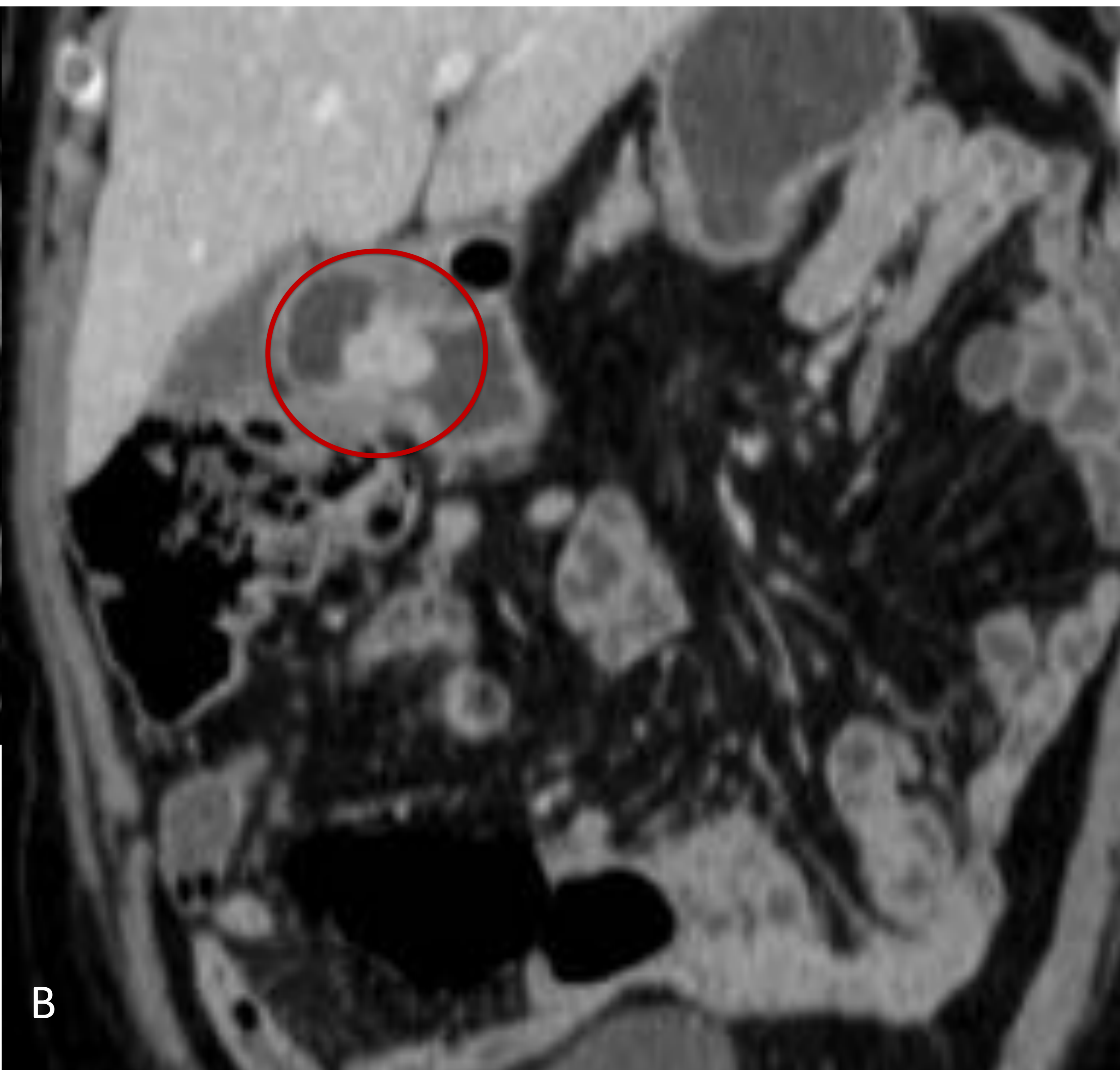


Figura 1. Pólipo hiperplásico. A y B. Axial y coronal de TC Abdominopélvico tras CIV. Lesión polipoidea (círculo rojo) en unión antropilórica, con crecimiento endoluminal, de bordes bien definidos y realce homogéneo. A la anatomía patológica se diagnóstico: Pólipo hiperplásico.

I. LESIONES TUMORALES

2. Mesenquimales

El estómago es la localización más frecuente de los tumores mesenquimales (60-70%), seguido por el intestino delgado. Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son un tipo de tumores de origen mesenquimal que histológicamente son iguales al leiomioma y que se diferencian solo por inmunohistoquímica, debido a la capacidad de los GIST de expresar la proteína del c-kit protooncogen. Además los GIST siempre son positivos para CD117 y CD34 (70%) y los leiomiomas son siempre negativos para éstos y son positivos en la expresión de la actina del músculo liso (SMA). **Figura 2.**

Los GIST menores de 5cm y con menos de 5/50 mitosis por campo, se consideran de bajo riesgo y por lo tanto benignos.

Los tumores mesenquimales incluyen los de músculo liso, como el leiomioma y leiomiosarcoma; los de estirpe graso, como el lipoma; los de estirpe nervioso, como el schwannoma y el neurofibroma; y por último los de origen vascular, como los tumores glómicos, el hemangioma y linfangioma.

I. LESIONES TUMORALES

2. Mesenquimales

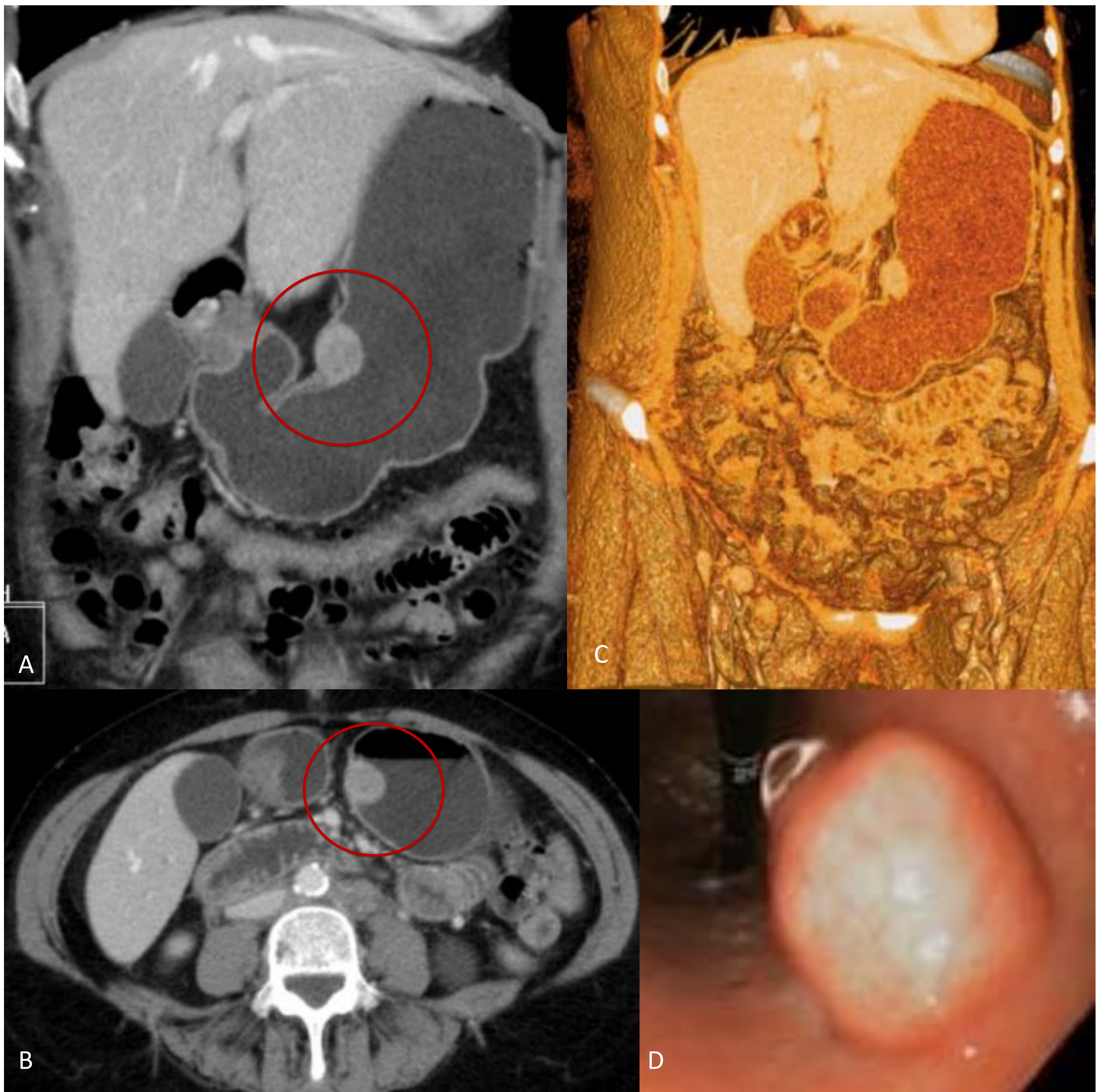


Figura 2. GIST en curvatura menor gástrica. A y B. Coronal y axial de TC Abdominopélvico tras CIV. C. Volume rendering (VR) coronal con corte a nivel de cavidad gástrica. D. Gastroscoopia. Lesión con crecimiento endoluminal (círculo rojo) en curvatura menor de cuerpo gástrico, menor de 30mm de diámetro, de bordes bien definidos y realce homogéneo. La inmunohistoquímica determino: S100 -, Actina +, Desmina +, CD117 +++.

I. LESIONES TUMORALES

2. Mesenquimales

Los lipomas son tumores benignos compuestos por tejido adiposo y representan del 2-3% del total de los tumores gástricos. Su localización más frecuente es la submucosa del antro gástrico. No suelen generar síntomas, por lo que son diagnosticados de manera incidental. **Figura 3.**

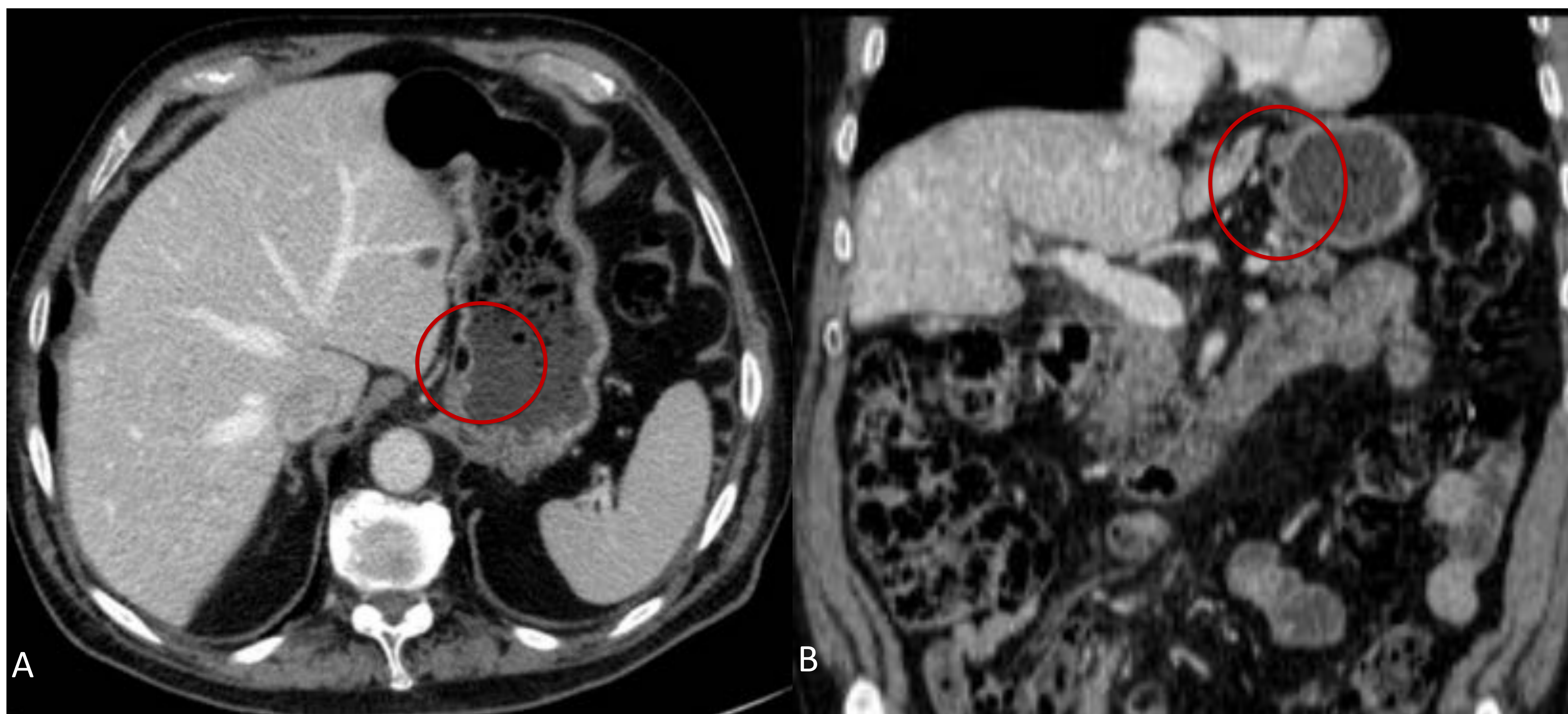


Figura 3. Lipoma en curvatura menor gástrica. A y B. Axial y coronal de TC Abdominopélvico tras CIV. Lesión en el espesor de la pared gástrica (círculo rojo) con densidad grasa y que no realza tras el contraste.

I. LESIONES TUMORALES

2. Mesenquimales

Los tumores originados de las células de schwann pueden ser neurinomas, schwanomias o neuromas. La gran mayoría son benignos, aunque se ha descrito la transformación sarcomatoide. Representan del 5% al 10% de los tumores benignos gástricos, pudiendo llegar a crecer tanto endo como extraluminal.

Si son voluminosos pueden presentar una degeneración mixoide en el interior, que se evidenciará de forma quística. **Figura 4.**

Su diagnóstico es histológico ya que tienen una fuerte reacción positiva con S-100 y son negativos con CD34, CD117, SMA, desmina, melan-A, HMB-45.

I. LESIONES TUMORALES

2. Mesenquimales

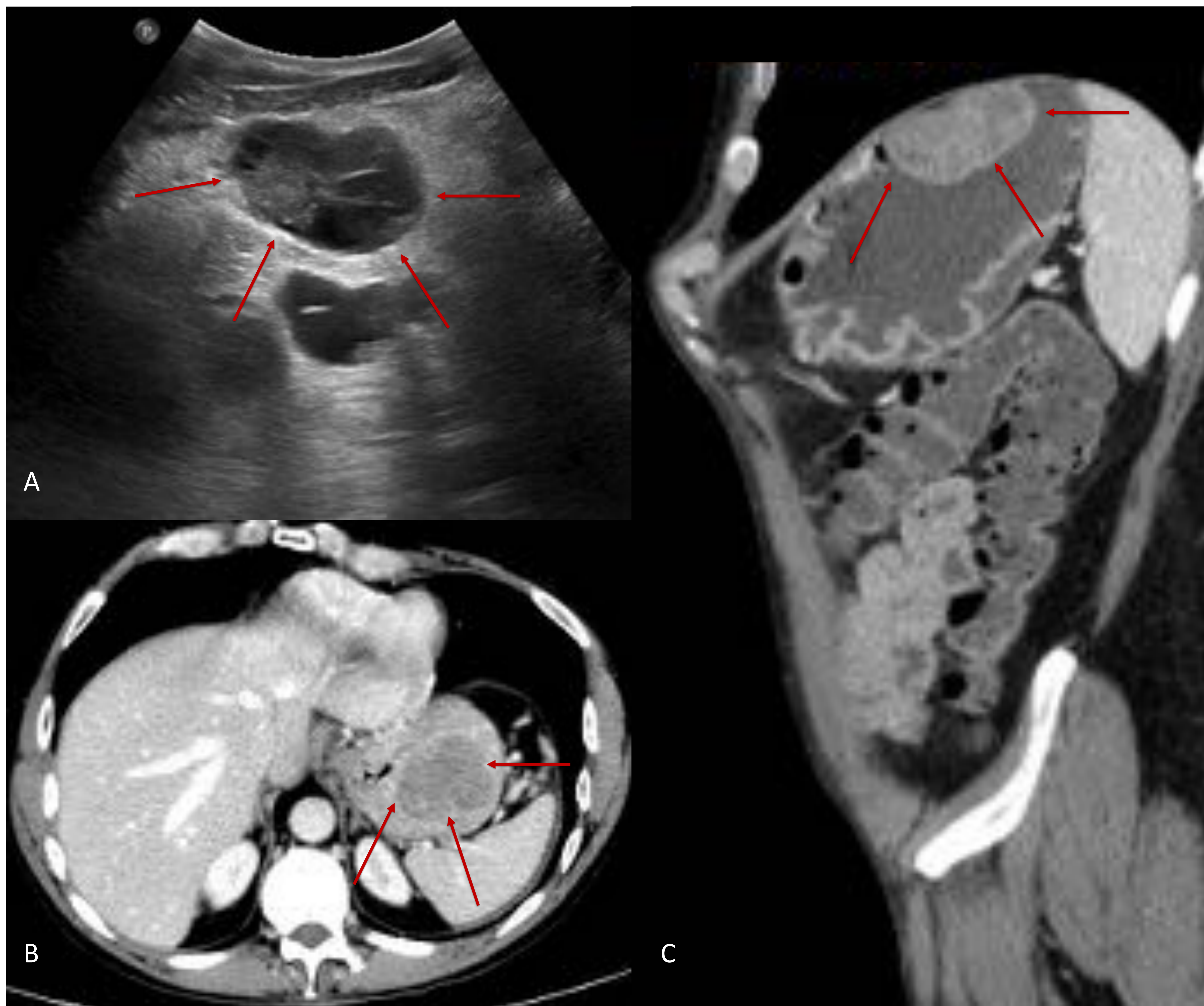


Figura 4. Tumor neural mesenquimal, con degeneración mixoide. A Ecografía abdominal. **B y C.** Axial y sagital de TC Abdominopélvico tras CIV. Lesión polilobulada (flechas rojas), con crecimiento endoluminal en curvatura mayor de fundus gástrico, que presenta realce heterogéneo, con áreas más hipodensas, que en la ecografía se manifiestan como áreas quísticas en relación con degeneración mixoide. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico y la inmunohistoquímica determinó: S100 +++.

I. LESIONES TUMORALES

2. Mesenquimales

Los tumores vasculares abarcan a los angiomas, angioendoteliomas, linfangiomas y el tumor glómico. Son benignos y son de lento crecimiento.

Los angiomas y angioendoteliomas son múltiples vasos unidos por tejido fibroso. El linfangioma presentan un contenido claro o quiloso y el tumor glómico se origina de anastomosis arterio-venosas.

Lo frecuente es que crezcan y se desarrollen en la submucosa, pero pueden crecer hacia la luz en forma de pólipo y presentarse con clínica de sangrado digestivo superior.

I. LESIONES TUMORALES

3. Carcinoide

Los tumores carcinoides surgen de las células enterocromafines. El sitio más frecuente donde se asientan es el tracto gastrointestinal, de los cuales el estómago representa el 11-41%. **Figura 5.**

Los pacientes suelen presentar los síntomas clásicos del síndrome de carcinoide: enrojecimiento facial, diarrea y palpitaciones.

Para su diagnóstico es necesario la realización de un estudio de TC abdominopélvico trifásico.

Existen 3 subtipos de los carcinoides gástricos siendo los tipo 1 los de menor tamaño (<1cm), no suelen dar metástasis y su pronóstico es favorable.

I. LESIONES TUMORALES

3. Carcinoide

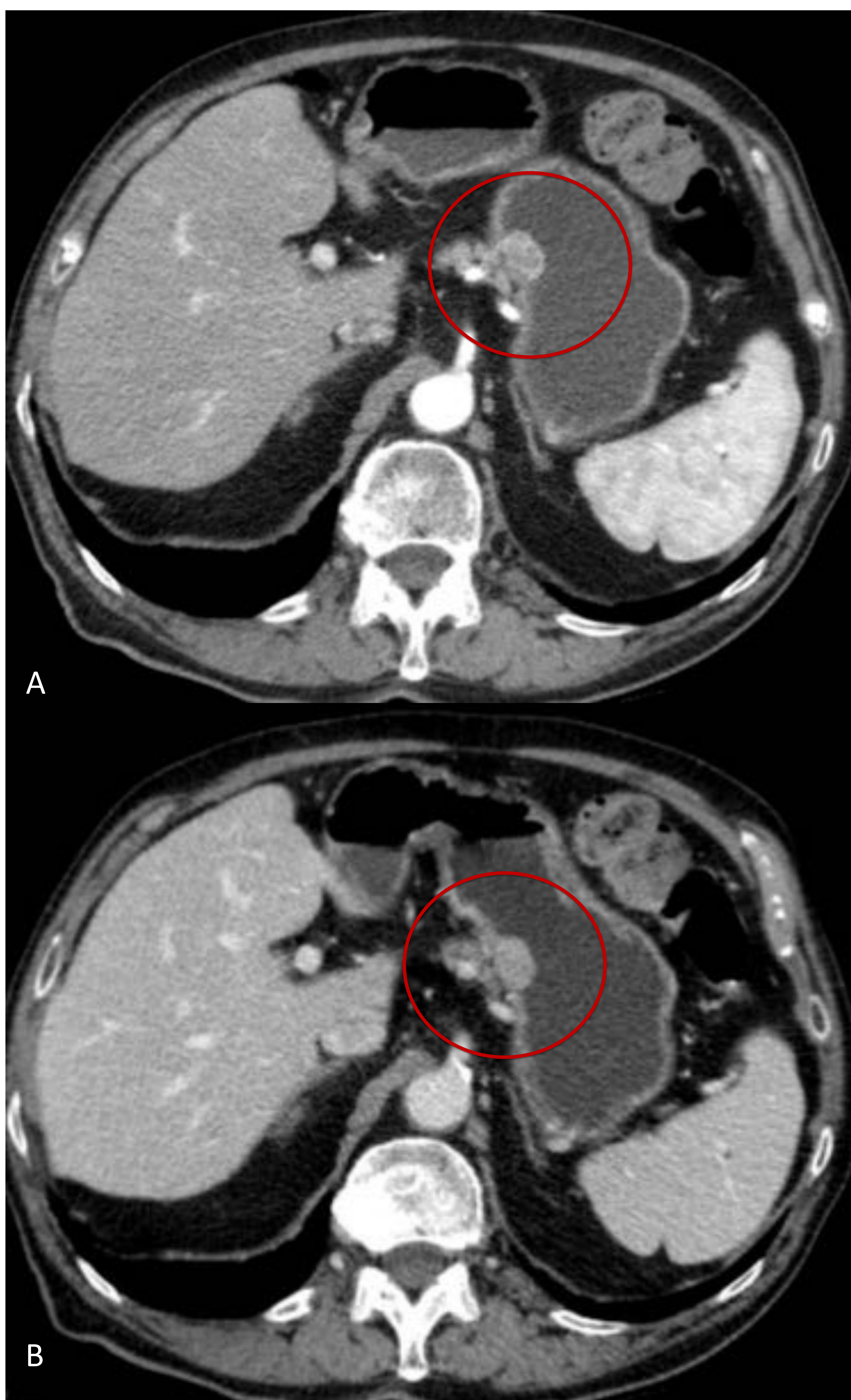


Figura 5. Tumor carcinoide gástrico. A y B. Axial arterial y portal de TC Abdominopélvico tras CIV. C y D. Pre y post biopsia por gastroscopia. Lesión polipoidea con crecimiento endoluminal (círculo rojo) en curvatura menor de cuerpo gástrico. La anatomía patológica determino tumor neuroendocrino bien diferenciado (G1), con sinaptofisina y cromogranina ++.

II. LESIONES INFLAMATORIAS

1. Gastritis

Es la inflamación de la mucosa gástrica, evidenciada por edema mural uniforme de todas las capas del estómago, siendo difícil en algunas ocasiones poderlo diferenciarlo de los tumores. Existen diferentes causas que generan esta patología, siendo la más común la infección por *H. pylori*.

2. Úlcera gástrica

La úlcera gástrica se evidencia como un engrosamiento focal mural con una lesión que alcanza la muscular de la mucosa. Generalmente se puede presentar como una complicación de la gastritis aguda y a su vez la úlcera gástrica se puede llegar a detectar con otra complicación como la presencia de fístulas bilioentéricas. **Figura 6-7.**

3. Enfermedad de Ménétrier

Enfermedad crónica de origen desconocido, que predispone al cáncer gástrico. Se presenta como un engrosamiento lobulado de las capas del fundus y cuerpo gástrico, que puede a su vez contener úlceras entre sus pliegues.

II. LESIONES INFLAMATORIAS

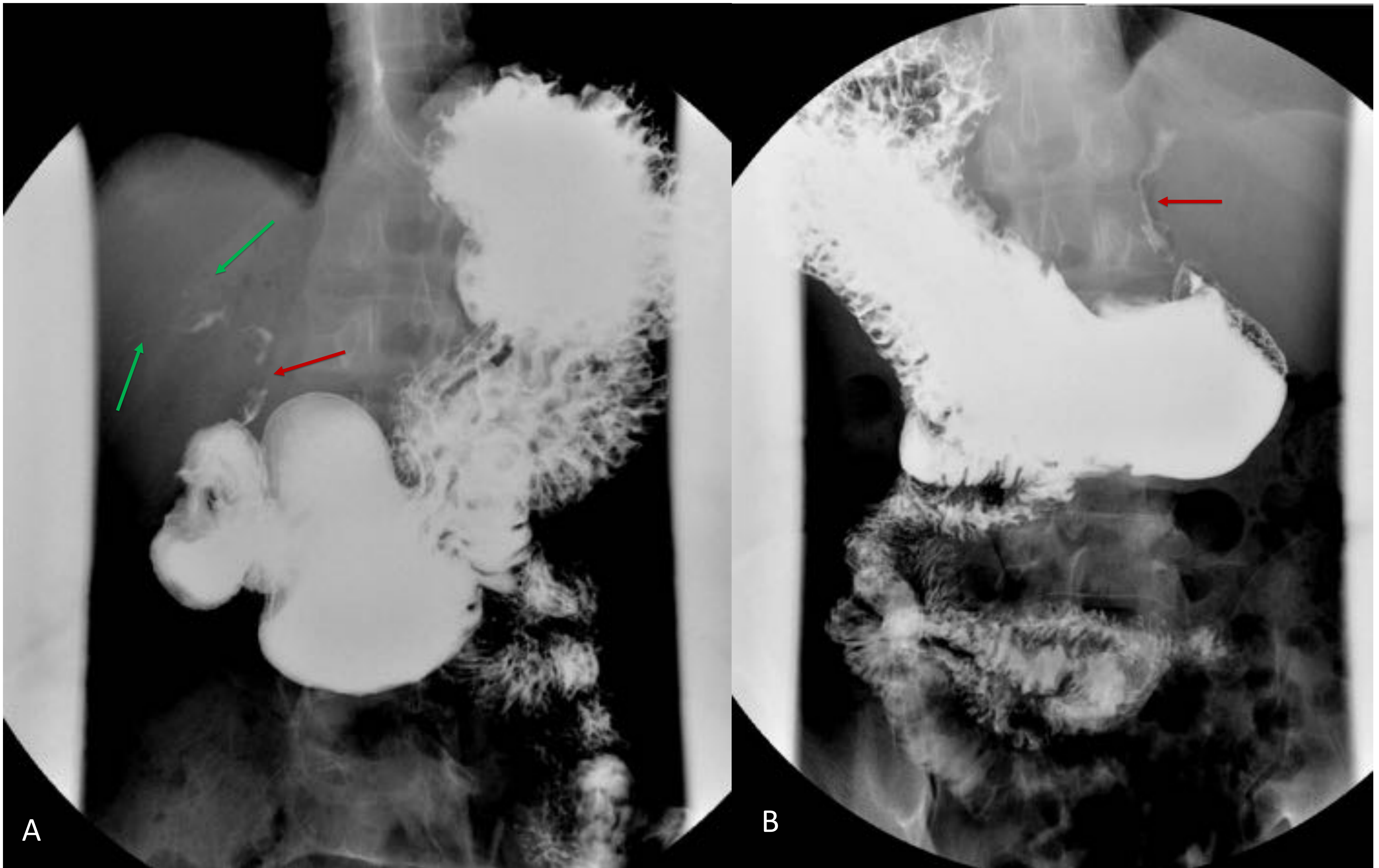


Figura 6. Fistula bilioentérica en paciente con úlcera gástrica ya conocida. A y B. Oblicua derecha e izquierda de estudio gastroduodenal con bario. En antropiloro – 1º porción del duodeno se identifica extravasación del contraste en un trayecto fistuloso vertical ascendente (flecha roja) que comunica con la vía biliar, identificando contraste en los radicales biliares hepáticos derechos (flecha verde).

II. LESIONES INFLAMATORIAS

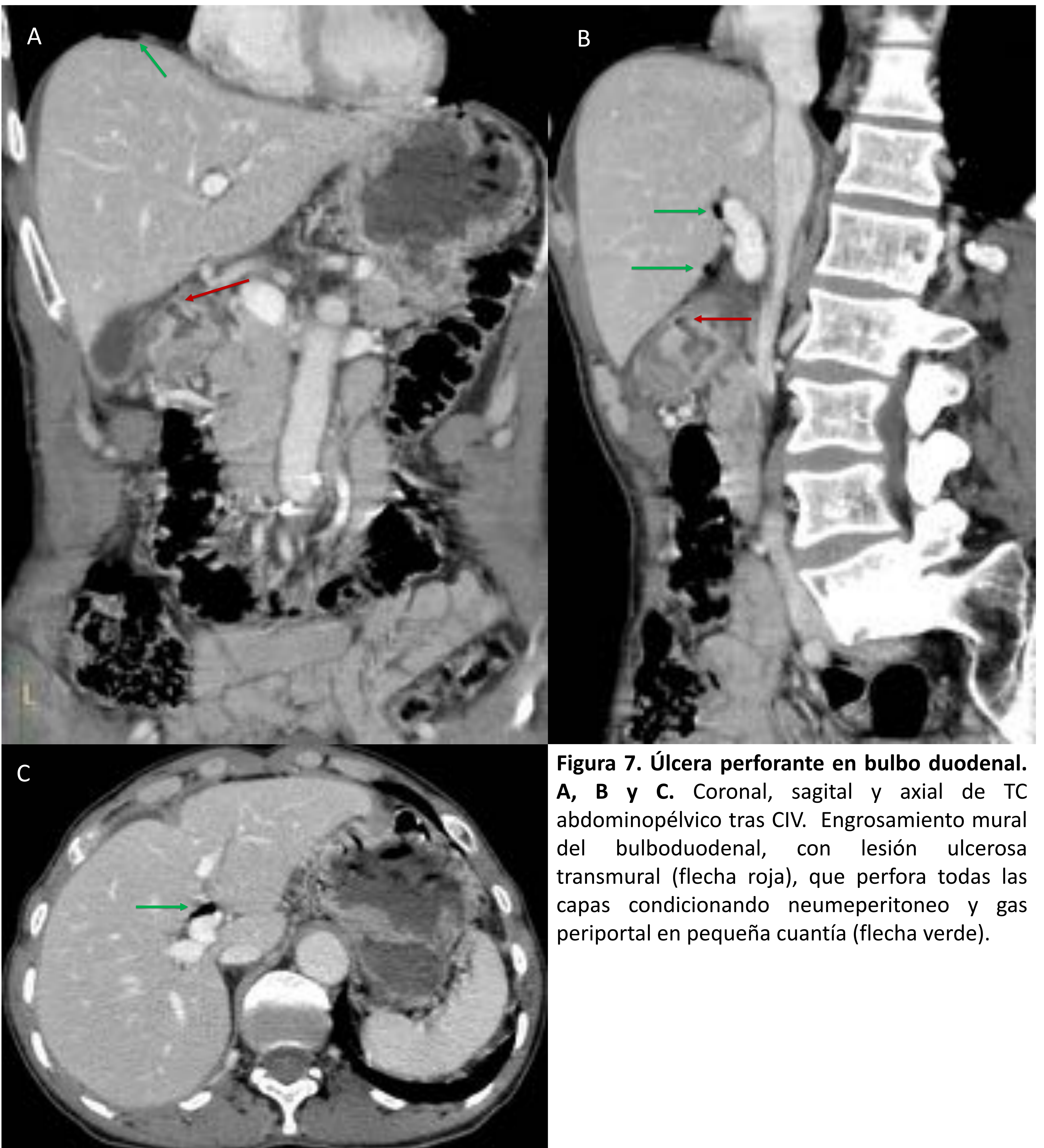


Figura 7. Úlcera perforante en bulbo duodenal. A, B y C. Coronal, sagital y axial de TC abdominopélvico tras CIV. Engrosamiento mural del bulboduodenal, con lesión ulcerosa transmural (flecha roja), que perfora todas las capas condicionando neumoperitoneo y gas periportal en pequeña cuantía (flecha verde).

III. MISCELÁNEOS

Dentro de la patología miscelánea encontramos el enfisema mural gástrico, las várices y la obstrucción de la salida gástrica.

El enfisema o neumatosis en el estómago puede ser producida por infección, isquemia, aumento de la presión intraabdominal o vómitos repetidos.

Las várices a su vez pueden ser consecuencia de otra patología como hepatopatías con hipertensión portal, o la hipertensión generada por la obstrucción del eje esplenoportal a causa de una pancreatitis o cáncer de páncreas. Se evidencian como múltiples vasos (circulación colateral) alrededor de la curvatura mayor y menor, pudiendo estar asociado a varices esofágicas.

La obstrucción de la salida del contenido gástrico generaría una distensión abdominal. Dentro de las causas que pueden causar esta patología tenemos causas intrínsecas o extrínsecas, que estenosan a nivel del antro o el bulbo duodenal; y van desde procesos benignos hasta malignos. **Figura 8.**

III. MISCELÁNEOS

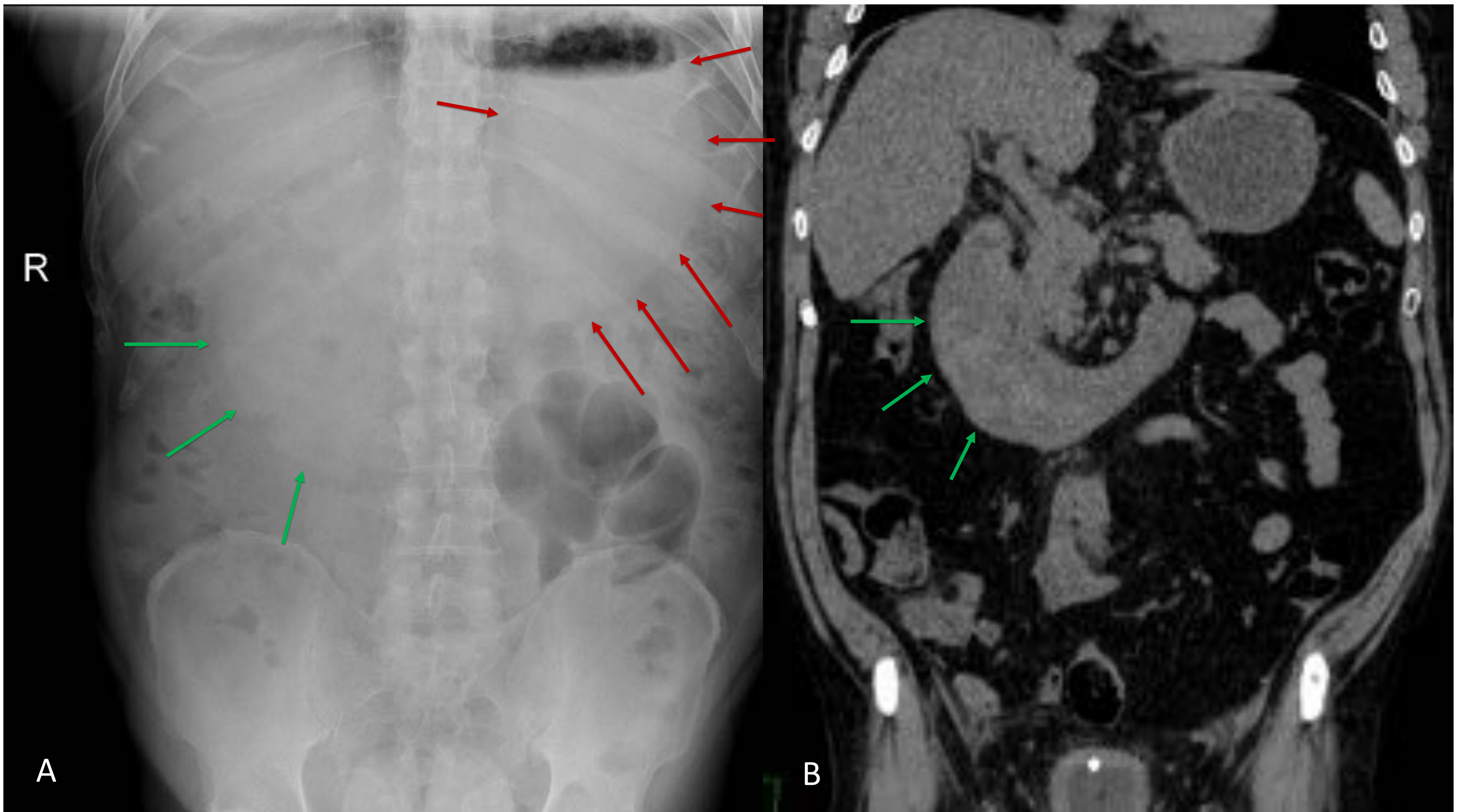


Figura 8. Obstrucción de la salida gástrica, con dilatación por lesión intrínseca en 1º y 2º porción duodenal. A. Rx simple de abdomen AP. B. Coronal de TC abdominopélvico sin CIV. Gran dilatación de cavidad gástrica (flechas rojas), por estenosis en la salida, por hematoma mural en 1º y 2º porción del duodeno (flechas verdes).

CONCLUSIONES

El estudio complementario en la patología gástrica, por medio de la radiografía baritada, la ecografía y la TC, especialmente esta última, es muy importante, ya que provee una evaluación detallada de las diferentes enfermedades, siendo relevante para poder tratar de diferenciar el origen benigno y maligno de las mismas. Si a su vez somos capaces de identificar y discernir entre cada una de las alteraciones benignas existentes, tendríamos en un futuro un mejor manejo inicial del paciente.

REFERENCIAS

1. Gossios K, Tsianos E. CT evaluation of benign gastric lesions. *Annals of gastroenterology* 2004, 17(1):31-36.
2. Insko EK, Levine MS, Birnbaum BA, Jacobs JE. Benign and Malignant Lesions of the Stomach: Evaluation of CT Criteria for Differentiation. *Radiology* 2003; 228:166–171.
3. Galindo F, Chiesa D, Rubio H. Tumores benignos del estómago. *Cirugía Digestiva*. www.sacd.org.ar, 2009; II-220:1-13
4. Lin CS, Hsu HS, Tsai CH, Li WY, Huang MH. Gastric schwannoma. *J Chin Med Assoc*. 2004; 67(11):583-6.
5. Baxi AJ, Chintapalli K, Katkar A, Restrepo CS, Betancourt SL, Sunnapwar A. Multimodality Imaging Findings in Carcinoid Tumors: A Head-to-Toe Spectrum. *RadioGraphics* 2017; 37:516-536
6. Binstock A, Johnson C, Stephens D, Lloyd R, Fletcher J. Carcinoid tumors of the stomach: a clinical and radiographic study. *AJR Am J Roentgenol* 2001; 176:947–951.
7. DeMatteo R, Lewis J, Leung D, et al. Two hundred gastrointestinal stromal tumors: recurrence patterns and prognostic factors for survival. *Ann Surg* 2000; 231:51–58.
8. Ferrozzi F, Tognini G, Bova D, et al. Lipomatous tumours of the stomach: CT findings and differential diagnosis. *J Comput Assist Tomogr* 2000 ; 24: 854 - 858
9. Balthazar EJ., Megibow A, Naidich D, et al. Computed tomographic recognition of gastric varices. *AJR* 1984; 142: 1121 -1125