

## CASOS CLÍNICOS

### Pseudotumor Inflamatorio en Colon. Revisión Bibliográfica.

Srs. Basil Darker<sup>1</sup>, Jorge Arias<sup>1</sup>, Verónica Ceballos<sup>1</sup>, Claudia Cortés<sup>1</sup>  
Jade Fariña<sup>1</sup> y Dra. Carmen Gloria Rostion<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Alumno de quinto año Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil,  
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>2</sup>Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>3</sup>Servicio de Cirugía, Hospital de Niños Dr. Roberto del Río.

#### Resumen

El pseudotumor inflamatorio es una patología poco frecuente, se trata de una proliferación pseudosarcomatosa reactiva que afecta principalmente a adultos jóvenes, crece lentamente y rara vez genera metástasis. El tratamiento es la resección completa del tumor. A continuación se presenta un caso clínico que interesa por su presentación, que podría confundirse con un cuadro ginecológico.

**Palabras clave:** Pseudotumor inflamatorio, histiocitoma, metrorragia.

#### Introducción

Los pseudotumores inflamatorios se enmarcan dentro de las proliferaciones pseudosarcomatosas reactivas. Estas son lesiones no neoplásicas que aparecen en respuesta a algún traumatismo localizado (físico o isquémico), o bien son idiopáticas. Están compuestas por fibroblastos gruesos reactivos o células mesenquimatosas afines. Desde el punto de vista clínico resultan alarmantes porque aparecen bruscamente, crecen rápidamente y su histología produce más inquietudes, permitiendo que se confundan frecuentemente con los sarcomas, debido a su hipercelularidad, su actividad mitótica y su aspecto primitivo (1). Se pueden encontrar en cualquier tejido, reportándose con mayor frecuencia en el aparato respiratorio, vejiga urinaria, cerebro, ojo, pericardio, corazón, linfonodos, pelvis y tubo digestivo. Los del tracto digestivo son raros y de etiología oscura. Su sintomatología depende de su ubicación (2).

El caso que se presenta a continuación es de particular interés, dada la baja frecuencia de esta patología y la forma de presentación del

cuadro, que orientó en primera instancia hacia etiologías del ámbito ginecológico.

#### Caso clínico

A.M.O. es una paciente de sexo femenino, de 14 años 8 meses, con residencia en Ovalle. Tuvo su menarquia a los 12 años. Desde el segundo a tercer ciclo menstrual comienza a presentar metrorragias de aproximadamente 1 mes de duración, con coágulos, por lo cual consulta a varios ginecólogos. La paciente es sometida a varias ecografías, las que fueron informadas normales. Se le indican anticonceptivos orales por 3 meses, obteniéndose respuesta parcial. Se le pesquiza también anemia microcítica hipocroma, la cual se trata con hierro durante 6 meses.

Es derivada a Hospital Roberto del Río para estudio de coagulopatía en diciembre de 2001. Los estudios de factor Von Willebrand y agregación plaquetaria resultaron normales. Se indica hierro por 3 meses y se realiza control. En la evolución destacan reglas mensuales normales y disminución de peso de 4 kg. El estudio imagenológico informa tumor ovárico izquierdo en la ecografía, lo cual es confirmado por la tomografía axial computada posteriormente efectuada. Ante estos nuevos antecedentes se decide realizar biopsia quirúrgica de la lesión, encontrándose que ésta correspondía a un tumor de la pared del colon transversal. La biopsia del tumor indicó que se trataba de un pseudotumor inflamatorio. Tras la resección de este tumor las metrorragias cesaron.

#### Revisión de la literatura

El pseudotumor inflamatorio fue descrito por primera vez en el pulmón por Brunn en 1939 y fue llamado así por Umiker e Ivorsen en 1954. Desde entonces estos tumores han sido

reconocidos como una lesión poco común que se presenta en adultos jóvenes. En una revisión bibliográfica publicada por Berardi et al fueron analizados 181 pseudotumores inflamatorios del pulmón. La edad promedio de los pacientes fue 29,5 años y el 8,1% estaba entre 1 y 10 años. Los pseudotumores inflamatorios abdominales fueron reconocidos y reportados por primera vez por Pack y Baker en 1953, quienes describen uno que se desarrolló en el hígado, y Soga et al en 1970, quienes describen uno que apareció en el estómago (3). La lesión histológica que define a este pseudotumor se compone de una matriz de miofibroblastos en donde se hallan proporciones variadas de miofibroblastos, células plasmáticas, histiocitos, linfocitos y células mononucleares. La predominancia variable de alguno de estos grupos celulares ha propiciado la aparición de nomenclatura confusa (granuloma de células plasmáticas, histiocitoma, xantofibroma, tumor miofibroblástico inflamatorio, pseudosarcoma) (2, 4, 5). Sanders et cols (2) señalan que se han reportado casos de pseudotumores inflamatorios del tubo digestivo asociados a enfermedad de Castleman, linfoma de Hodgkin, úlcera péptica, enfermedad de Behçet, infecciones crónicas (*Campylobacter jejuni*, *Helicobacter pylori*), post-traumático y post-quirúrgico, apoyando la hipótesis de que se trata de una reacción reparativa inflamatoria exagerada al trauma o la infección. Katara et cols indican, por otro lado, que recientemente se ha implicado a la kinasa del linfoma anaplástico (ALK), marcador de linfoma anaplástico de células grandes, en la génesis de algunos pseudotumores en niños y adultos jóvenes. Asimismo se ha visto que una proporción de pseudotumores inflamatorios del hígado representa una forma peculiar de tumor de células dendríticas foliculares asociadas a virus de Epstein-Barr. Otros casos corresponden a neoplasias miofibroblásticas o fibroblásticas verdaderas (5).

Las lesiones pseudotumorales inflamatorias suelen crecer lentamente (2, 6), no generan metástasis y raramente invaden estructuras adyacentes (3, 5, 6), sin embargo, se han reportado casos raros de progresión a malignidad tras recurrencias sucesivas (2). Todos los autores revisados indican que el tratamiento de elección es la resección completa del tumor, pero aun así se han visto algunos casos de recurrencia local. Sanders et cols indican que las recurrencias documentadas (18 – 40% en su revisión), parecen ser más frecuentes en lesiones extrapulmonares,

las que son mayores de 8 cm. y las localmente invasoras (2, 5). Se sugiere la resección completa de las recurrencias, aunque hay reportes de resolución espontáneas en hígado y pulmón (2, 3, 5, 6). En cuanto a la radioterapia, se ha reportado útil en recurrencias y grandes tumores (6) y en casos de pseudotumores pulmonares que no se pueden reseccionar (2), pero la experiencia documentada es muy poca como para considerarla una alternativa.

Como resumen conviene decir que los pseudotumores inflamatorios del tracto digestivo son infrecuentes, darán una clínica dependiente de su ubicación y pueden simular o causar otros problemas quirúrgicos mucho más comunes. El tratamiento de elección será la resección quirúrgica, puesto que otras terapias adyuvantes han mostrado un rol limitado. Los pacientes requieren un seguimiento clínico estrecho con exámenes tomográficos y estudios seriados de VHS para detectar recurrencias (2).

Es importante tener presente esta lesión principalmente debido a que, por las características que se han comentado y hallado en la literatura, el clínico puede llegar fácilmente a pensar en el desarrollo de una patología maligna en una situación que no es tal y que por lo tanto presenta importantes diferencias en cuanto a su tratamiento y pronóstico.

### Referencias.

1. Rosenberg A. Tumores y lesiones pseudotumorales de los tejidos blandos. En: Cotran R., Kumar V., Collins T. (Ed) Patología Estructural y Funcional de Robbins (6ª Ed.), Mc Graw Hill – Interamericana, 2000, Capítulo 28, p.1307.
2. Sanders B., West K., Gingalewski C., Engam S., Davis M., Grosfeld J. Inflammatory Pseudotumor of the Alimentary Tract: Clinical and Surgical Experience. J Pediatr Surg 2001; 36:169-73.
3. Scott L., Blair G., Taylor G., Dimmick J., Fraser G. Inflammatory Pseudotumors in Children. J Pediatr Surg 1988; 23: 755-58.
4. Hartman G., Shochat S. Primary Pulmonary Neoplasms of Childhood: A Review. Ann Thorac Surg 1983, 36: 108-19.
5. Katara A., Chandiramani V., Dastur F., Deshpande R. Inflammatory pseudotumor of ascending colon presenting as PUO: A case report. Indian J Surg 2004; 66: 234-236. [Citado 28 marzo 2006] Disponible en internet:

<http://www.indianjsurg.com/article.asp?issn=0972-2068;year=2004;volume=66;issue=4;spage=234;epage=236;auiast=Katara>

6. Freud E., Bilik R., Yaniv I., Horev G., Cohen D., Mimouni M., Zer M. Inflammatory Pseudotumor in Childhood: A Diagnostic and Therapeutic Dilemma. Arch Surg 1991; 126: 653-55.