Tumor Glómico Gástrico. Presentación de un caso

Ramón Ruiz-Curiel, José R.Soto, Dervis Bandres, Alberto Cirac, Ricardo Stocco, José Franchesci

Autor de Correspondencia: Ramón Ruiz-Curiel Correo Electrónico: reruizcuriel@gmail.com

Afiliación

Resumen

Los tumores glómicos son neoplasias mesenquimales que surgen en las células glómicas situadas en los cuerpos glómicos usualmente en la dermis de las manos y pies a nivel del lecho subungueal. Su estructura se compone de una arteriola aferente, una anastomosis arteriovenosa y venas colectoras. Las neoplasias glómicas gástricas son muy raras y constituyen menos del 1% de sus tumores mesenquimales. Se presenta el caso de un paciente masculino de 57 años de edad, asintomático a quien durante un estudio endoscópico digestivo preventivo, se observó una lesión subepitelial en cuerpo gástrico. Al estudiarse mediante ultrasonido endoscópico se encontraron criterios para su resecabilidad endoscópica. Al realizarse dicho procedimiento se logra determinar en la pieza quirúrgica mediante la inmunohistoquímica una neoplasia mesenquimal benigna con inmunomarcaje positivo para vimentina, actina de músculo liso y calponina diferenciación miógena, compatible con el diagnóstico de Tumor Glomico.

Palabras clave: lesión subepitelial, tumor glómico, endosonografía, resección mucosal.

Gastric Glomus Tumor: A Case Report

Abstract

Glomus tumors are rare mesenchymal neoplasms arising from glomus cells in the glomus bodies, typically located in the subungual bed of the hands and feet. These structures comprise an afferent arteriole, an arteriovenous anastomosis, and collecting veins. Gastric glomus tumors are exceptionally rare, representing less than 1% of mesenchymal tumors. We report a case of a 57-year-old asymptomatic male who underwent a routine gastrointestinal endoscopic evaluation. A subepithelial lesion in the gastric body was identified. Endoscopic ultrasound revealed features compatible with endoscopic resectability. Histopathological and immunohistochemical analysis of the resected lesion confirmed a benign mesenchymal tumor with positive staining for vimentin, smooth muscle actin, and calponin, consistent with a gastric glomus tumor. This case highlights the importance of endoscopic evaluation and immunohistochemistry in diagnosing rare gastric mesenchymal tumors such as glomus tumors.

Keywords: subepithelial lesion, glomus tumor, endosonography, mucosal resection.

Introducción

Los tumores glómicos son neoplasias mesenquimales originadas a nivel de las células glómicas ubicadas en los cuerpos glómicos, estructuras situadas generalmente, en la dermis especialmente a nivel de manos y pies en el lecho subungueal y donde contribuyen a regular el flujo sanguíneo arteriolar y la temperatura; están formados por una arteriola aferente, una anastomosis arteriovenosa y venas colectoras, en su estructura se incluyen células glómicas y musculares lisas. Los tumores glómicos gástricos son muy poco frecuentes y representan menos del 1% de sus tumores de origen mesenquimal. Se estima que ocurre 1 por cada 100 tumores del estroma gastrointestinal (GIST, en inglés).[1-3]

Presentación de caso

Se presenta el caso de un paciente masculino de 57 años de edad, asintomático quien viene para estudio digestivo preventivo en relación a sus antecedentes familiares de Cáncer de Colon y personales de Ulcera Duodenal asociada a Helicobacter pylori tratada hace 20 años. Se practicaron: Endoscopia digestiva superior: Lesión subepitelial de 15 mm (**Figura 1**) ubicada en parte baja de curva menor de cuerpo gástrico hacia cara posterior; se tomó biopsia superficial informada como mucosa de aspecto normal sin cambios histopatológicos significativos, negativa para metaplasia, atrofia o Helicobacter pylori (**Figura 2**).

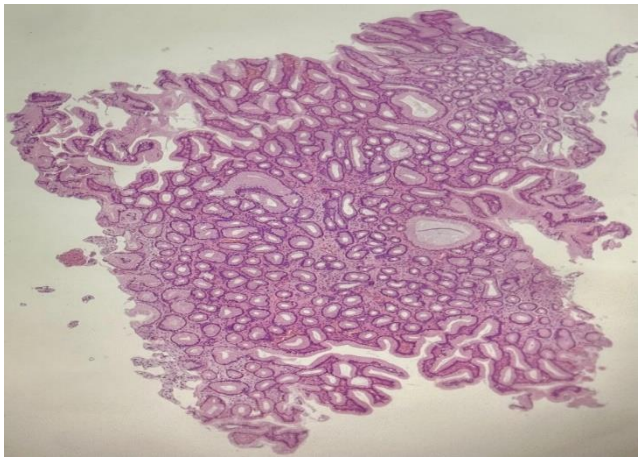
Figura 1. Visión endoscópica de lesión subepitelial



Cómo citar este artículo: Ruiz-Curiel R, Soto JR, Bandres D, Cirac A, Stocco R, Franchesci J. Tumor Glómico Gástrico. Presentación de un caso. Rev Gen. 2024;78(4):192-195. doi:10.61155/gen.v78i4.714

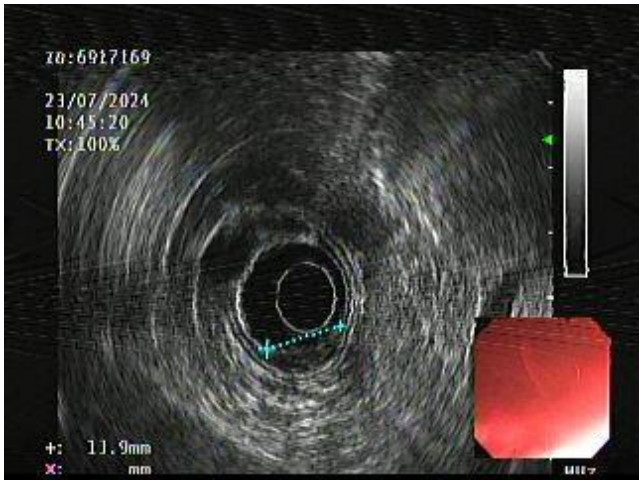
© Revista Gen. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X.

Figura 2. Biopsia de mucosa gástrica, Con arquitectura histológica preservada



Ecoendoscopia gástrica: Se observa lesión subepitelial de 13.9 mm de diámetro que genera engrosamiento de la capa mucosa profunda, con componente mixto sólido y quístico; respeta la submucosa (**Figura 3**).

Figura 3. Ultrasonido endoscópico donde se aprecia lesión subepitelial de 13.9 mm de diámetro que genera engrosamiento de la capa mucosa profunda, pero respeta la submucosa



Se procedió entonces a practicar una resección mucosal endoscópica (**Figura 4**) de la lesión siendo esta reportada histológicamente como una Neoplasia de origen mesenquimal de patrón predominante fuso celular y mixoide que compromete el corion interglandular, la muscular de la mucosa y la submucosa. Se solicita inmunohistoquímica (**Figura 5**) que revela una Neoplasia mesenquimal benigna con inmunomarcaje positivo para vimentina, actina de músculo liso y calponina diferenciación miógena compatible con TUMOR glómico gástrico con Índice de Proliferación Celular muy bajo (Menor de 1%). Los marcadores para diagnóstico diferencial como GIST, Pólipo Fibroide Inflamatorio y PEComa (CD11, CD34, ALK, HMB45) resultaron negativos.

Figura 4. Se aprecia resección mucosal endoscópica en el momento de extracción de la pieza de quirúrgica y presencia de escaso sangrado

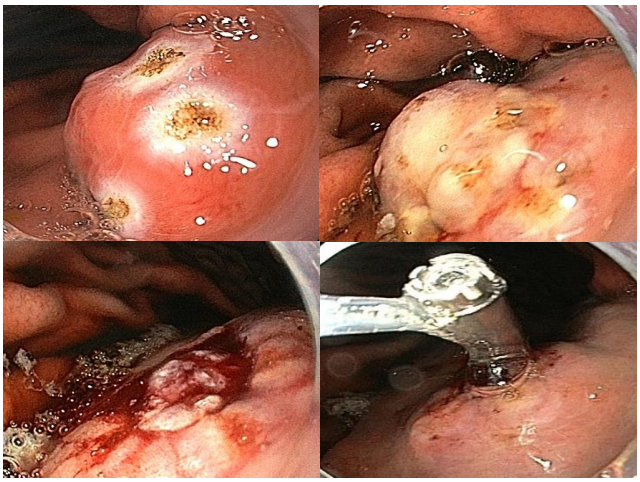
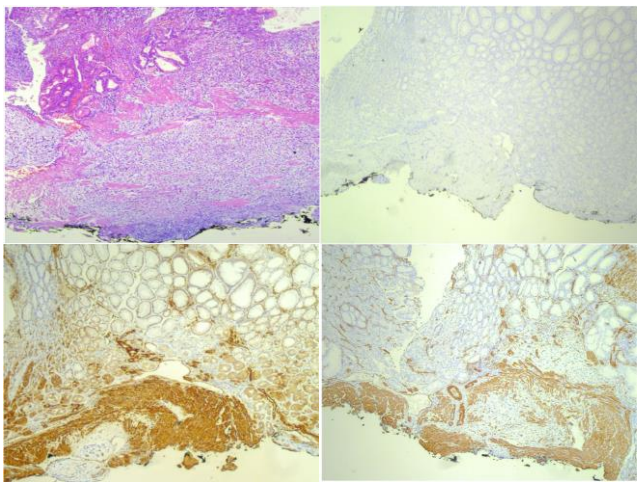


Figura 5. Resultado de biopsias e inmunohistoquímica con CD117 (CKIT) negativo, Actina de musculo liso y calponina positivo



Se le indicó mantenerse en control endoscópico periódico.

Discusión

Estas lesiones aparecen entre los 40 y 60 años, con mayor frecuencia en mujeres,[3] son benignas, pero con potencial de malignizarse; pueden ser hallazgos incidentales durante estudios endoscópicos, aunque pueden generar síntomas pépticos como malestar epigástrico, náuseas, vómitos e incluso hemorragia digestiva por ulceración de la lesión.[4]

El diagnóstico diferencial de estas lesiones se logra con el estudio inmunohistoquímico, generalmente ya con la pieza quirúrgica resecada. Hoy en día hay la posibilidad de llegar

© Revista Gen. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X.

https://doi.org/10.61155/gen.v78i4.714

al diagnóstico preoperatorio mediante punción con aguja fina guiada por ecoendoscopia.[5-7]
El Ultrasonido Endoscópico (USE) es la herramienta más valiosa para la evaluación de las lesiones subepiteliales, en vista que define la capa de origen, precisa el tamaño, caracteriza la morfología y permite la toma de biopsia dirigida para su análisis patológico e inmunohistoquímico. El Colegio Americano de Gastroenterología (ACG), sugiere la realización del Ultrasonido Endoscópico como el método diagnóstico ideal.[8,9]

La toma de biopsia es indispensable para establecer el diagnóstico preoperatorio, pues la histología e inmunohistoquímica son la prueba final para la caracterización de la lesión. Debe proscribirse la técnica de biopsia sobre biopsia si se dispone de ultrasonido endoscópico, en vista que se ha demostrado que esta técnica no logra tomar tejido profundo del tracto gastrointestinal y se procede a procesar muestras inadecuadas para el diagnóstico de la lesión. La evidencia demuestra que la biopsia con aguja gruesa (FNB) de 19 gauges por Ultrasonido Endoscópico tiene precisión diagnostica de hasta 90%.

De no poder realizar toma de biopsia con el Ultrasonido Endoscópico, la propia técnica tiene una exactitud diagnostica con 50% de sensibilidad y especificidad del 80% para precisar la malignidad de las lesiones según la eco textura , tamaño de la lesión, crecimiento progresivo en estudios de control, características del borde, focos hiperecogénicos y presencia de ganglios linfáticos. Estas características malignas descritas anteriormente aumentan el rendimiento diagnostico hasta en un 100% para tumores del estroma. Debido a su potencial de malignización la ACG recomienda la resección de toda lesión subepitelial mayor de 2 cm de diámetro.[8, 9]

El GIST es positivo con el KIT (CD117), los Neuroendocrinos con Cromogranina y el Linfoma con el Anticuerpo Leucocitario Común. Los Tumores Glómicos Gástricos son negativos para esos marcadores y positivos para Actina de músculo liso. Los tumores glómicos generalmente se componen de tres elementos: células glómicas, células musculares lisas y vasculatura. [10]

Las propiedades histológicas tradicionales del tumor glómico comprenden láminas homogéneas angiocéntricas de células con núcleos ovalados, formando un "collar" perivascular alrededor de los vasos sanguíneos. Las tres distintas variantes tumorales se distinguen por sus particularidades histológicas. Se ha constatado que la forma común o sólida presenta una vasculatura deficiente y pocos componentes de músculo liso, en cambio, los glomangiomas poseen un componente vascular característico y los glomangiomiomas están formados por componentes vasculares y de músculo liso importantes. [10]

Los estudios electrónicos inmunohistoquímicos y microscópicos indican que las células glómicas poseen un fenotipo que puede ser de célula lisa o pericito, siendo de manera difusa inmunorreactivos para la actina de músculo liso α (αSMA), la actina específica de músculo (MSA) y h-Caldesmon. Pero, aunque no son específicos, también se expresan vimentina y colágeno tipo IV. También se ha informado de una expresión variable de CD34 y, en menor medida, de desmina.[10]

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

Esta investigación no contó con apoyo financiero de ninguna entidad pública, comercial o sin fines de lucro.

Este es un artículo de acceso abierto.

Fecha de recepción: 14/10/2024
Fecha de revisión: 16/10/2024
Fecha de aprobación: 20/10/2024

Para complementar la lectura de este artículo, le recomendamos escuchar el episodio del *Podcast Gen* que lleva el mismo título, disponible en el sitio web de la *Revista Gen*. En este episodio, uno de los autores profundiza en los temas tratados y reflexiona sobre las implicaciones y aplicaciones de los hallazgos presentados.

Referencias

1. De Bussher G. [Arteriovenous anastomoses of the stomach]. Acta Neerlandica Morphologiae Normalis et Pathologicae [Internet]. 2022;6(1-2). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18882406/

2. Miettinen M, Paal E, Lasota J, Sobin LH. Gastrointestinal glomus tumors. Am J Surg Pathol [Internet]. 2002 Mar;26(3):301–11. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11859201/

3. Papadelis A, Brooks CJ, Albaran RG. Gastric glomus tumor. J Surg Case Rep [Internet]. 2016 Oct 13;2016(11):rjw183. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27887020/

4. Devanathan M, Jamuna Rani S, Chandramohan SM, Anbarasu S. A rare submucosal tumour of stomach-glomus tumour: A case report. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2015;11:64–7. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4446683/

5. Torío B, Berzal F, Aparicio R. Tumor glómico en antro gástrico. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2024;100(10):660–1. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008001000014

6. Arias-Romano AJ, Puya-Gamarro M, Rodríguez-Lobalzo SA, Bercedo-Martínez J. Tumor glómico gástrico: un reto en el diagnóstico preoperatorio de las lesiones subepiteliales del estómago. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2018 Dec;41(10):670–1. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30115369/

7. Kato S, Kikuchi K, Chinen K, Murakami T, Kunishima F. Diagnostic utility of endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy for glomus tumor of the stomach. World J Gastroenterol [Internet]. 2015 Jun 14;21(22):7052–8. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462748/

8. Jacobson BC, Bhatt A, Greer KB, Lee LS, Park WG, Sauer BG, et al. ACG clinical guideline: diagnosis and management of gastrointestinal subepithelial lesions. Am J Gastroenterol [Internet]. 2022 Sep 6;118(1):46–58. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36602835/

9. Kanwar K, Camellini L, Conigliaro R, Sassatelli R, Azzolini F, Messerotti A, et al. The natural history of upper gastrointestinal subepithelial tumors. J Clin Gastroenterol [Internet]. 2009 Aug 18;43(8):723–6. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19238092/

10. Mravic M, LaChaud G, Nguyen A, Scott MA, Dry SM, James AW. Clinical and histopathological diagnosis of glomus tumor. Int J Surg Pathol [Internet]. 2015 Jan 22;23(3):181–8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25614464/

© Revista Gen. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X.

https://doi.org/10.61155/gen.v78i4.714