

Tumores submucosos benignos del estómago¹

Carlos Chamorro Mera, M.D.² y
Alfredo de León Naar, M. D.³

EXTRACTO

Se estudiaron 18 casos de tumores submucosos del estómago que se diagnosticaron en el Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia, en un lapso de 25 años. El más frecuente fue el leiomioma con 14 casos, 5 de los cuales se asociaban con úlcera, 4 de estos tumores tenían un tamaño superior a los 4 cm. Clínicamente se pueden confundir con procesos ulcerosos pépticos, carcinoma del estómago y enfermedades donde hay hemorragia digestiva alta. En esta serie se encontró una mayor preponderancia en los varones y en los grupos de más edad; hubo 11 en pacientes con más de 50 años. Se hace un recuento de su cuadro clínico y de sus características radiológicas.

INTRODUCCION

Los tumores gástricos más frecuentes son los malignos, mientras que los benignos se encuentran en segundo lugar tanto en piezas patológicas como en documentos radiológicos¹. El tumor gástrico benigno más común es el leiomioma según se deduce del trabajo de Garcés y Edelstein² sobre el tema. El granuloma eosinófilo, como su nombre lo indica no es un tumor verdadero, pero por sus características clínicas y radiológicas es necesario tenerlo en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de estas neoplasias¹. El radiólogo juega papel muy importante en el estudio de estos casos porque puede ser la

primera persona que tiene oportunidad de identificar una lesión submucosa benigna que clínicamente se confunde con procesos ulcerosos pépticos, tumores malignos del estómago u otras enfermedades que provocan hemorragia digestiva alta.

MATERIALES Y METODOS

Para realizar este trabajo se revisaron las historias acumuladas de 1955 a 1980 en los archivos de Radiología y Patología del Hospital Universitario del Valle (HUV) hospital general de 500 camas en Cali. Se encontraron 22 casos, es decir, uno por año aproximadamente. Sin embargo, solamente se consideran 18 que llenan todos los datos exigidos para esta publicación, a saber: la historia clínica completa, las radiografías, el informe del estudio radiológico, etc., pues en los demás no se pudieron cubrir todos los requisitos pertinentes.

RESULTADOS

El Cuadro 1 informa la composición por grupos de edades y por sexos de los 18 casos en estudio. No hubo hallazgos por debajo de los 20 años, y el mayor número estaba en el grupo de 50 y más años, con 11 pacientes.

Cuadro 1. Grupos de Edad y Sexo.

Años	Hombres	Mujeres	Total
21-30	1	0	1
31-40	1	1	2
41-50	2	2	4
51-60	5	0	5
61 o más	2	4	6
Total	11	7	18

El Cuadro 2 resume los datos clínicos. El síntoma más común fue el dolor (61%); se calificó como picada, dolor terebrante, sordo, y de tipo cólico, localizado en el epigastrio

1. Trabajo presentado en Octubre 29 de 1980 durante el XIV Congreso Nacional de Radiología celebrado en Cali.
2. Profesor Asociado, Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, División de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
3. Residente, Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario "Evaristo García", Cali, Colombia.

Cuadro 2. Síntomas y Signos

	No.	%
Dolor	11	61
Hematemesis	10	55
Melena	10	55
Ambos (hematemesis y melena)	8	44
Ardor y fatiga epigástrica	7	39
Llenura o pesantez	5	28
Vómito alimenticio	4	22
Síntomas atribuibles a la anemia	2	11
Pérdida de peso	1	5
Palidez	8	44
Masa palpable	1	5

y sin relación con las comidas. La hemorragia tanto por la boca como por la vía rectal fue la segunda manifestación en orden de frecuencia (55%), para una y otra. La hematemesis en casi todos los casos fue severa y requirió tratamiento adecuado y oportuno para aliviar a los pacientes. En 8 casos hubo en forma simultánea hematemesis y melena. La fatiga y el ardor epigástricos, como se describen en los procesos ulcerosos pépticos, se vieron en 7 casos (39%). Otros hallazgos fueron pesantez, llenura, vómito alimenticio, palidez, etc. Solamente en un caso se encontró una masa dura, palpable, localizada en el epigastrio.

De acuerdo con los síntomas de ingreso se hicieron los diagnósticos de úlcera péptica, carcinoma y várices esofágicas sangrantes que aparecen en el Cuadro 3. En 2 casos el diagnóstico fue leiomioma porque los pacientes tenían series gastroduodenales que según los radiólogos eran compatibles con tal entidad.

Cuadro 3. Diagnóstico Clínico de Ingreso.

	No.	%
Úlcera péptica	12	66
Carcinoma gástrico	2	11
Leiomioma	2	11
Várices esofágicas	1	5
Hematemesis en estudio	1	5

CLASIFICACION PATOLOGICA

El tumor habitual en esta revisión fue el leiomioma con 14 casos. Este hecho concuerda con el artículo de Garcés y Edelstein². Se encontraron 2 casos de granulomas eosinófilos que se incluyen dentro de los tumores submucosos más que todo por su cuadro clínico y por su aspecto radiológico. También hubo sendos ejemplos de lipoma y neurilemoma. Además 5 tumores estaban ulcerados y había uno con calcificación microscópica. Estas neoplasias se localizaron con mayor frecuencia en el antro, el cuerpo y el fondo del estómago. No se vieron tumores múltiples como informan otras publicaciones¹⁻².

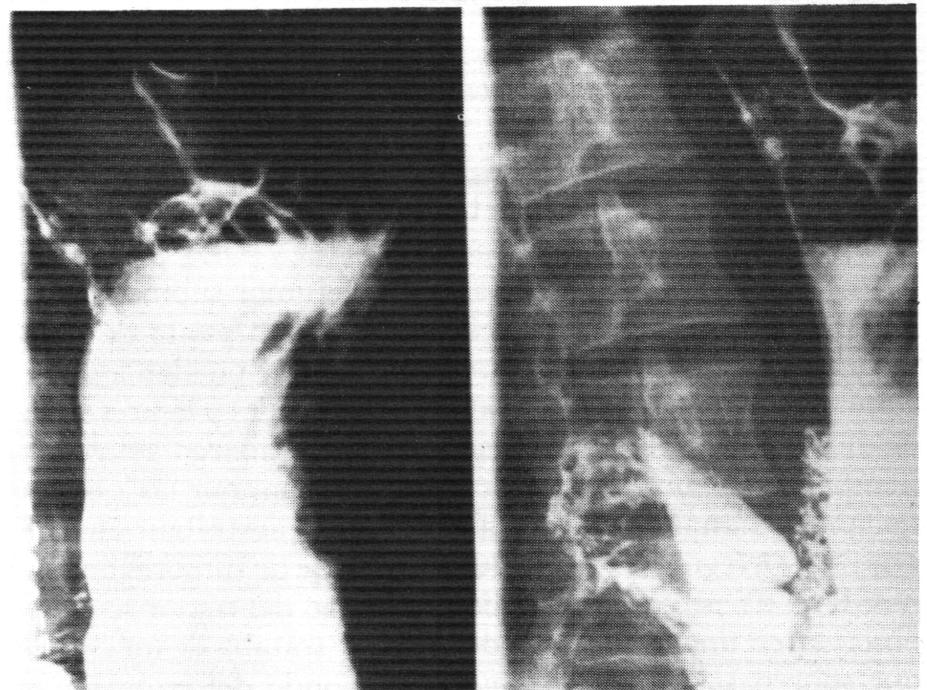
ENDOSCOPIAS

En 10 pacientes (54.5%) se diagnosticaron 3 leiomiomas, 2 pólipos, 2 gastritis crónicas, 1 masa lisa y 1 masa ulcerada y en el último enfermo se encontraron signos que hicieron pensar

en metaplasia intestinal. Nótese que de los 10 pacientes en 7 se hizo diagnóstico de tumor. No se informó si la endoscopia se hizo antes o después de los estudios con bario del estómago y duodeno.

ANALISIS RADIOLOGICO

Donde no se dispone de intensificador de imagen con monitor de TV es básico una buena adaptación a la oscuridad con el fin de observar la entrada del bario al estómago que normalmente ocurre en forma rápida y sin cambios en la dirección de la corriente (Caso 1). Los equipos radiológicos ideales para la práctica de estos estudios, y las mezclas adecuadas del sulfato de bario que se utiliza como medio de contraste se describen en diversos trabajos¹⁻³.

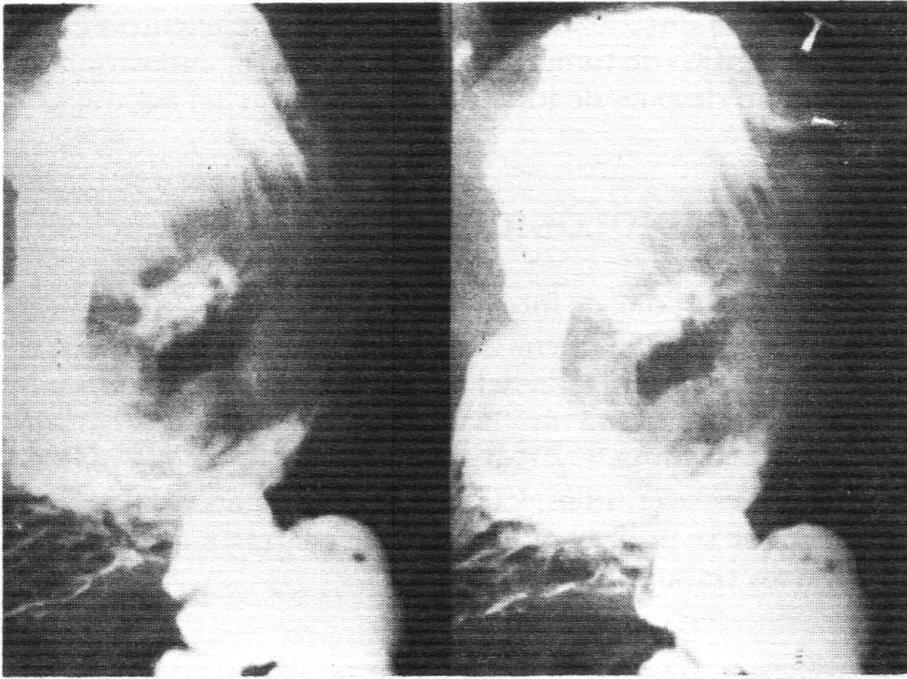


Caso 1. Mujer de 45 años con historia de hematemesis, melena y dolor de tipo ardor en el epigastrio que calmaba con ingestión de leche. El estudio radiológico mostró un tumor submucoso, localizado en el fondo gástrico hacia la entrada del esófago. La dirección de la corriente del bario cambiaba al entrar al estómago. El tumor, de contornos lobulados, medía 7 x 6 cm. El diagnóstico patológico fue leiomioma.

El diagnóstico radiológico de las lesiones submucosas se basa esencialmente en que hay integridad de la mucosa gástrica pero con defecto de llenamiento ocasionado por el tumor. En esto radica su diferencia con neoplasias malignas que sí destruyen la mucosa del estómago. Los pliegues mucosos se pueden alargar o distender pero no desaparecen.

Los leiomiomas tienden a ulcerarse y a veces las ulceraciones eran tan significativas que presentaban nivel hidroaéreo (Casos 2, 3 y 5). De los 14 leiomiomas en 5 se hallaron úlceras de diferente tamaño que fueron causa de hemorragia gastrointestinal.

Los contornos de estos tumores se observaron muy bien definidos, en algunos casos ligeramente ondulados y con una clara delimitación entre la zona normal y la tumoral. Conviene resaltar el hecho de la utilidad de las radiografías con doble contraste donde el radiólogo se sirve de maniobras gravitacionales y así obtiene tomas que facilitan con gran detalle el diagnóstico de benignidad o malignidad (Caso 4). Cuando se



Caso 2. Mujer de 47 años con epigastralgia, hematemesis y melena, palidez de mucosas y otros síntomas atribuibles a la anemia. El estudio radiológico muestra un tumor submucoso, ulcerado hacia el centro. La úlcera contiene bario y aire en su interior. Los pliegues mucosos no están destruidos. El tumor mide 10 x 10 cm. Diagnóstico final: leiomioma.

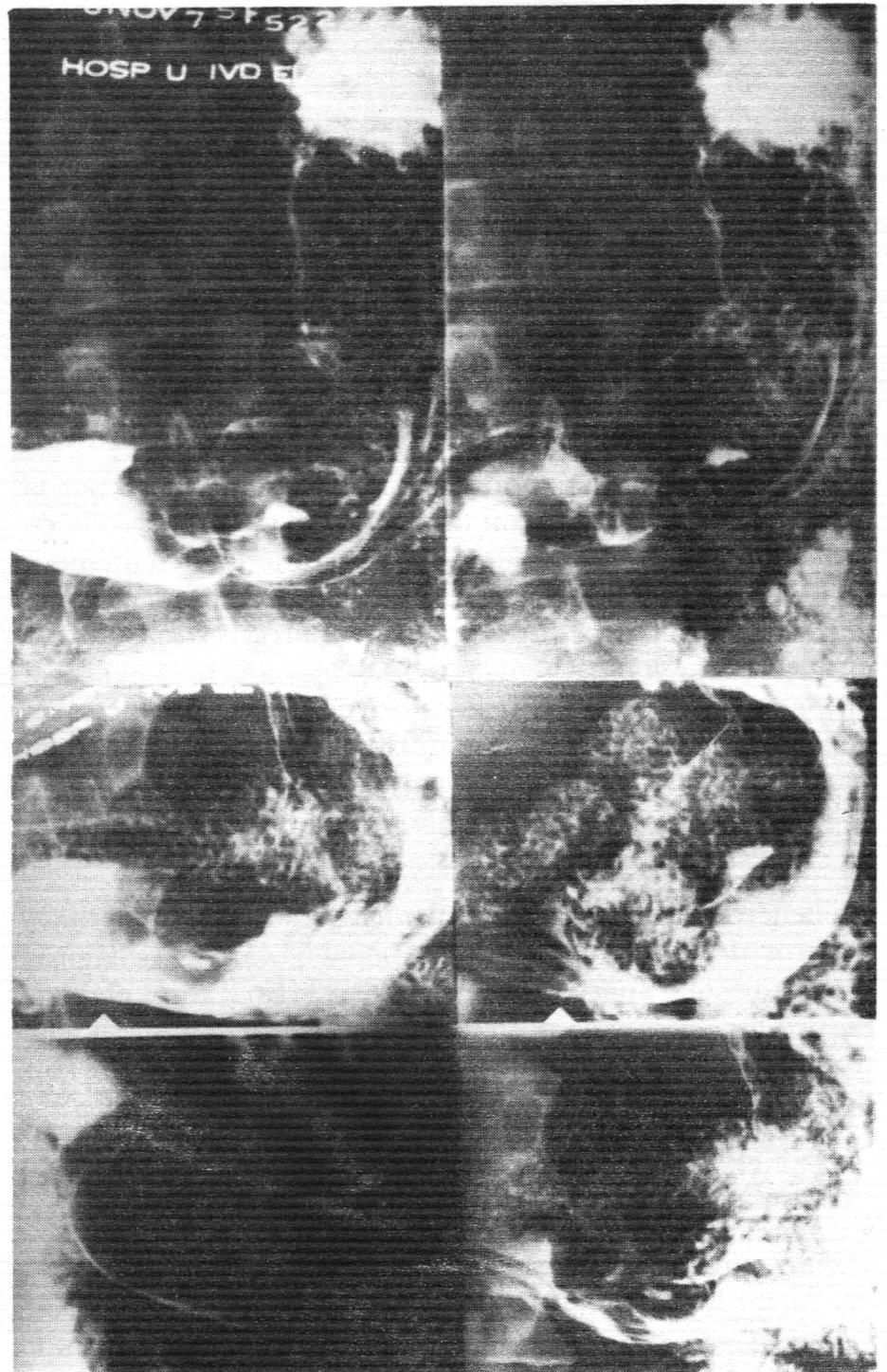
usan cantidades excesivas de bario los tumores submucosos a pesar de su tamaño se pueden enmascarar y pasar desapercibidos (Caso 5). La diferencia entre el tumor submucoso y benigno y el maligno es difícil, aun desde el punto de vista histológico^{1,2}, pero hay algunos criterios que pueden ayudar como el tamaño, la irregularidad de sus bordes y la presencia de ulceraciones grandes e irregulares. Sin embargo, esto no es siempre cierto, pues en 4 casos de esta serie aunque las lesiones tenían un tamaño superior a los 4 cm y mostraban úlceras grandes e irregulares, el resultado final fue de tumores benignos. Uno de estos casos debido al tamaño del tumor se pudo observar en una radiografía de tórax; se trataba de una masa que sobrepasaba el nivel líquido del fondo del estómago a manera de un "témpano de hielo".

Los lipomas son tumores blandos que se deforman si hay compresión o que se pueden herniar a través del píloro hacia el bulbo duodenal². El Caso 6 mostró estas características.

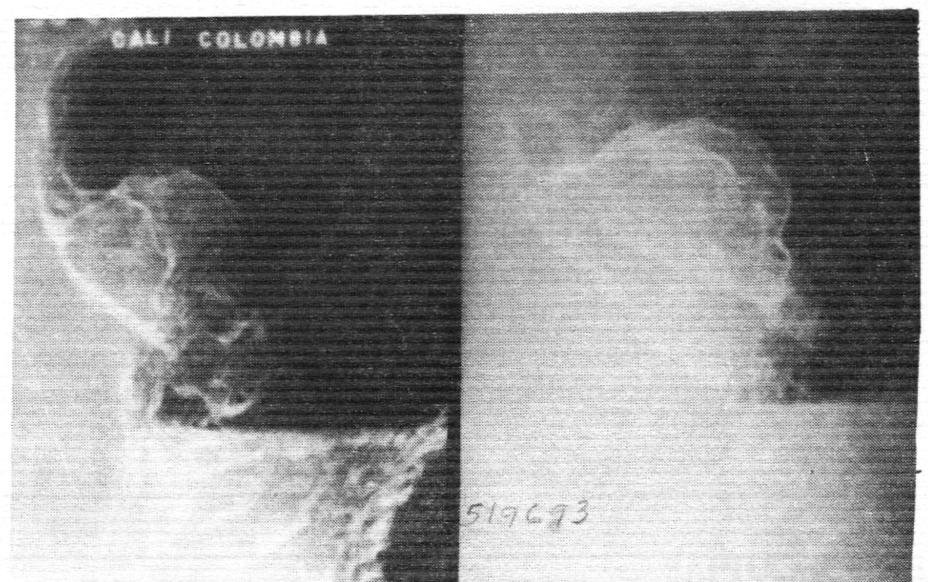
Hubo 2 enfermos con granulomas eosinófilos. En las placas los bordes eran bien definidos, sin signos de ulceraciones ni destrucción de los pliegues mucosos como se ilustra en el Caso 7.

El neurilemoma fue otro de los tumores que se vieron en esta revisión. Se presentó como un gran defecto de llenamiento que impedía vaciar el estómago en forma mecánica por lo cual éste conservaba restos alimenticios. Su forma semejaba un ocho y era de localización antral.

El diagnóstico de los tumores submucosos no siempre es sencillo. También es muy difícil su diferenciación por los estudios radiológicos, el hecho de tener ulceración es más frecuente en los leiomiomas aunque los tumores neurogénicos también se pueden ulcerar¹. A veces se acude a la angiografía como método diagnóstico pues se han establecido patrones angiográficos sobre todo para los leiomiomas que son muy vascularizados⁴. En casos de hemorragias producidas por estos mismos tumores se puede por cateterismo selectivo tratar de frenar la hemorragia por medio de la embolización⁴.



Caso 3. Hombre de 35 años con historia clínica de úlcera caracterizada por dolor epigástrico, fatiga, hematemesis y melena, estas últimas en 2 ocasiones. En la endoscopia se encontró una masa rosada, redonda y lisa hacia la luz del estómago. El estudio radiológico indicó un tumor ulcerado, de contornos bien definidos, de 9 x 4 cm localizado en el cuerpo y antro gástricos. No había signos de destrucción de la mucosa. Diagnóstico final: leiomioma.



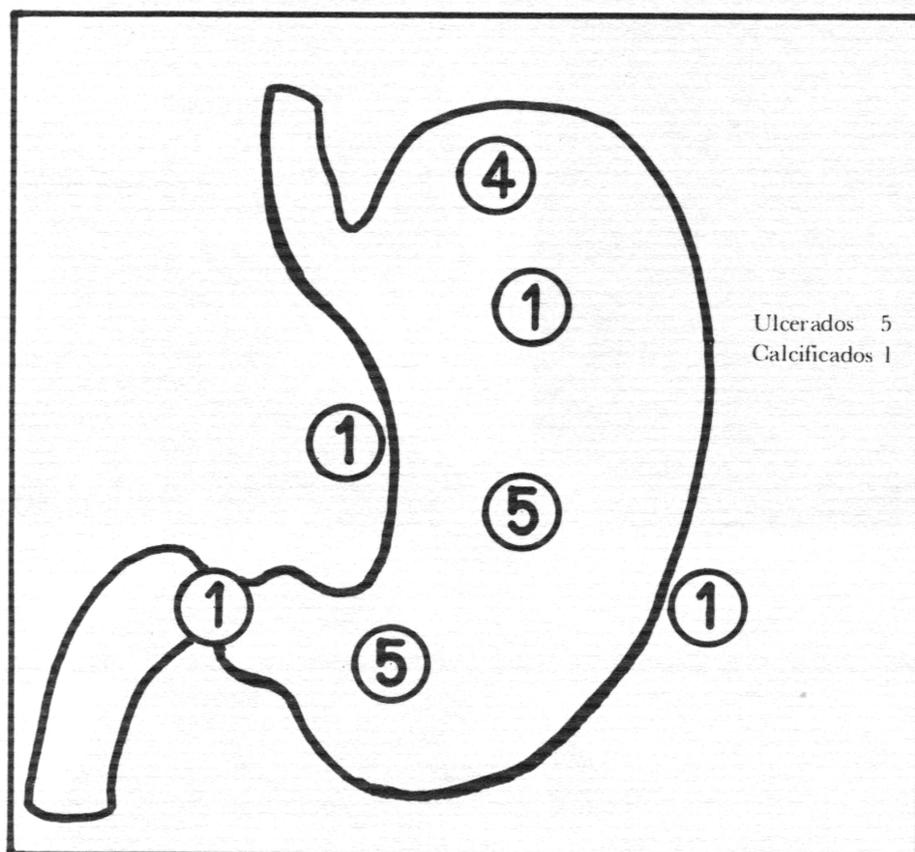
Caso 4. Hombre de 68 años con síntomas de llenura, agriera, pesantez estomacal y hematemesis. En el estudio con doble contraste se observó una tumoración de 5 x 7 cm de contornos lobulados localizada en la parte superior de la curvatura menor y cara posterior. No había úlcera en su interior, clínicamente se pensó en carcinoma. El aspecto endoscópico y radiológico fue tumor submucoso, posiblemente leiomioma. Diagnóstico definitivo: leiomioma.



Caso 5. Mujer negra, de 62 años. Había presentado melena en una ocasión. Se encontraba pálida, sudorosa y se quejaba además de ardor epigástrico y llenura. La radiografía panorámica no permitió ver el detalle del tumor por la excesiva cantidad de bario. En otras exposiciones con compresión se vio un defecto de llenamiento redondo de 3 x 4 cm, ulcerado, con nivel hidroaéreo, bordes bien circunscritos. Diagnóstico final: leiomioma.

El Cuadro 4 muestra la localización de los tumores submucosos benignos en los 18 casos que se consideran. El Cuadro 5 da los diagnósticos radiológicos en 15 enfermos a quienes se hicieron estudios de estómago y duodeno con bario, así: leiomioma, 5; úlcera gástrica, 3; carcinoma, 2; masa ulcerada, 1;

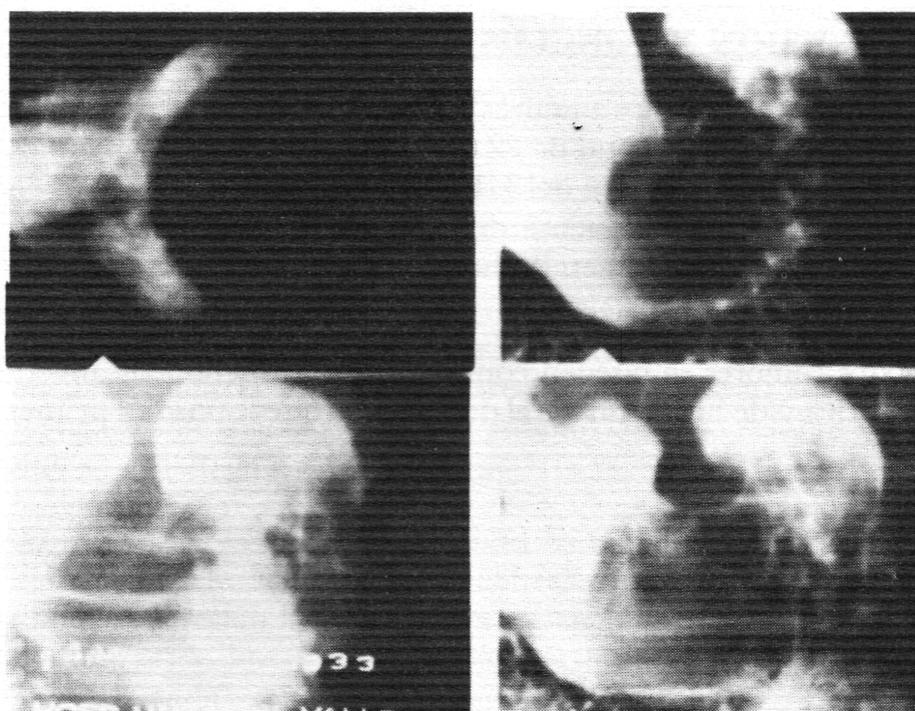
Cuadro 4. Tumores Benignos Submucosos. Localización.



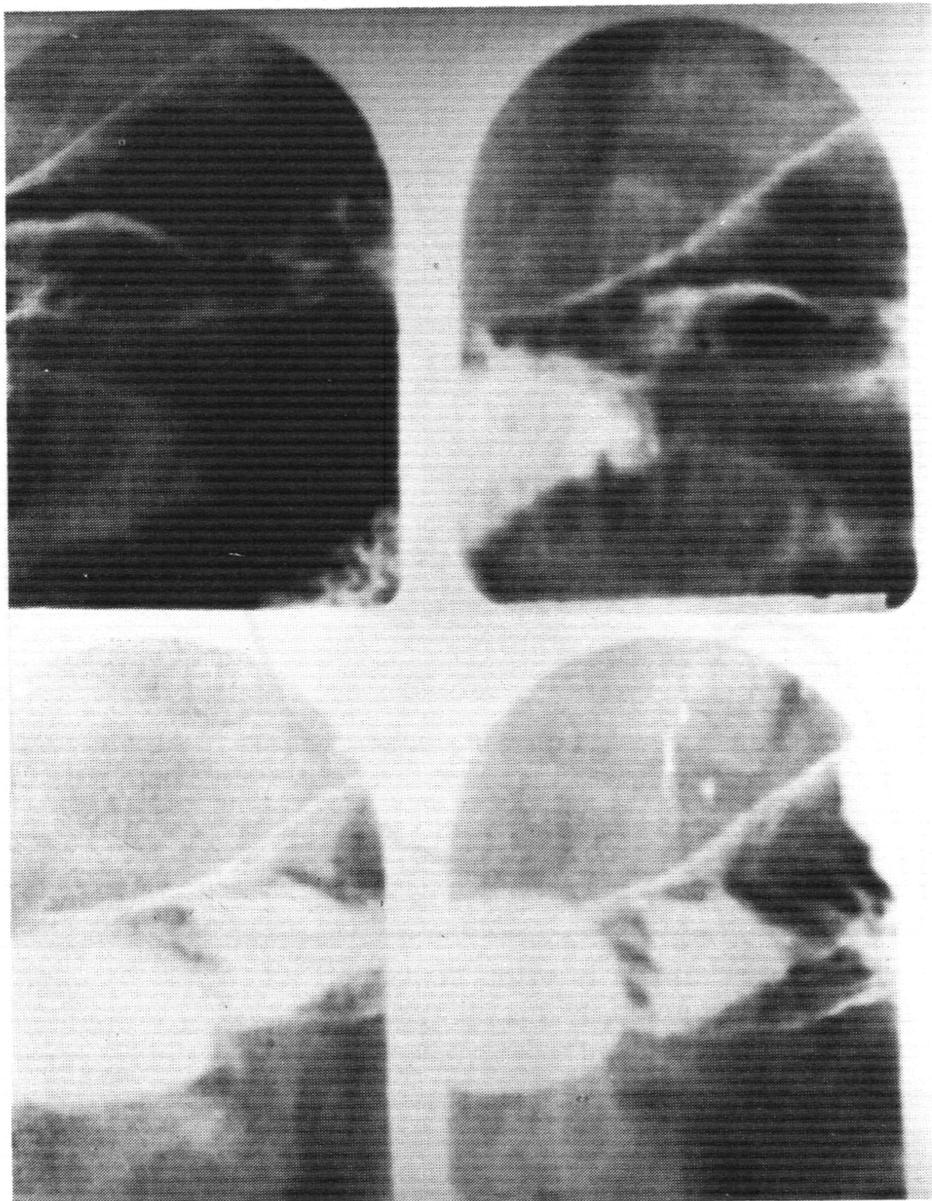
Cuadro 5. Diagnóstico Radiológico de Ingreso. Quince Casos Estudiados.

	No.	%
Leiomioma	5	28
Úlcera gástrica	3	16
Carcinoma gástrico	2	11
Masa ulcerada, masa	1 c/u	5.5
Estenosis antropilórica	1	5.5
Normal/restos alimenticios	1 c/u	5.5
Total	15	82.5

masa, 1; estenosis antropilórica de etiología indefinida, 1; normal, 1; y restos alimenticios, 1.



Caso 6. Mujer de 65 años con dolor tipo cólico en hipocondrio derecho. Había presentado vómito en forma esporádica. Se hallaba en buenas condiciones generales. Dos años antes del estudio radiológico, se realizó una gastroscopia que informó una compresión extrínseca. La biopsia reveló, gastritis crónica. En el estudio con bario se halló un tumor en el antro que cambiaba de forma de acuerdo con la compresión, de bordes bien nítidos y sin ulceraciones. Diagnóstico final: lipoma gástrico.



Caso 7. Hombre de 58 años cuya principal queja era un dolor sordo localizado en el epigastrio. No había tenido hematemesis ni melenas. Se quejaba de febrículas y disminución de 3 kg de peso, además de intolerancia a los alimentos grasos. El diagnóstico clínico de ingreso fue carcinoma gástrico. El estudio de estómago mostró en las tomas de doble contraste un defecto de llenamiento de bordes muy bien limitados, que levantaba los pliegues mucosos sin destruirlos, de localización en el antro gástrico y hacia la curvatura mayor. Medía 3 x 2 cm, y no tenía signos de ulceración. El diagnóstico patológico fue granuloma eosinófilo.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La frecuencia de los tumores submucosos es baja en el Valle como lo revela el total de 22 casos que se acumularon en los archivos de Patología del HUV en un lapso de 25 años; en términos generales menos de 1 caso por año. En esta serie fueron más comunes en los hombres y en personas de más de 50 años.

Estos tumores se pueden confundir clínicamente con úlcera péptica y de hecho tal fue el diagnóstico que se puso en primer

lugar en 12 casos. Se explica el diagnóstico por la presencia de hematemesis, melena, fatiga y ardor epigástricos. Otra impresión clínica fue carcinoma del estómago pues en algunos pacientes había molestias como pesantez, pérdida de peso y masa palpable. Por tanto se debe hacer énfasis que en las hemorragias digestivas es necesario incluir en el diagnóstico diferencial los tumores submucosos benignos del estómago.

El tumor submucoso más frecuente fue el leiomioma, resultado de acuerdo con varios trabajos²⁻⁵. Según la literatura el leiomioma puede ocupar hasta 58% de los tumores benignos no epiteliales del estómago. Se efectuaron endoscopias en 54.5% de los pacientes y se hizo diagnóstico de tumor submucoso en 40%. Los estudios baritados de estómago y duodeno en 15 enfermos (82.5%) permitieron en 6 (40%) identificar el tumor submucoso. Ni la endoscopia ni la radiología pueden llegar a un diagnóstico histológico⁵ pero ambos métodos diagnósticos son complementarios y no excluyentes.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la valiosa colaboración del doctor Edgar Duque, Jefe del Departamento de Patología de la División de Salud en la realización de este trabajo.

SUMMARY

A review of clinical histories from 1955 to 1980 at the Hospital Universitario, Cali, Colombia, produced 18 benign submucosal tumors of the stomach. The commonest was leiomyoma, 14 cases, 5 of which were ulcerated. More cases were seen among men and 11 cases occurred in patients up to 50 year old. These tumors may simulate peptic ulcer, gastric carcinoma, and diseases with high digestive hemorrhage. Their clinical features as well as their radiological characteristics are discussed.

REFERENCIAS

1. Margulis, A. R. y Burhenne, H. J.: **Alimentary tract Roentgenology**. The C. V. Mosby Company, Saint Louis pp. 698-704, 1973.
2. Garcés, M. A. y Edelstein, B. B.: Submucosal tumors of the stomach and duodenum. **Rev. Interam Radiol** 4: 185-188, 1979.
3. Hanelin, J.: Algunas consideraciones técnicas para la demostración de lesiones gástricas. **Seminarios de Roentgenología** 6: 243-262, 1971.
4. Kyung, J. C. y Reuter, S. R.: Angiography of duodenal leiomyomas and leiomyosarcomas. **Amer J. Radiol** 135: 31-35, 1980.
5. Marshak, R. H. y Lindner, A. E.: Lesiones poliposas del estómago. **Seminarios de Roentgenología** 6: 155-172, 1971.