

# Intususcepción íleo-ileal secundaria a un pólipo fibrinoide inflamatorio

CARLOS ANDRÉS CALLE<sup>1</sup>, ROGELIO MATA LLANA<sup>2</sup>, CAMILO NARANJO<sup>3</sup>, ESTEFANÍA MUÑOZ<sup>4</sup>

Palabras clave: enfermedades intestinales; pólipos intestinales; neoplasias intestinales; obstrucción intestinal.

## Resumen

**Introducción.** El pólipo fibrinoide inflamatorio es una lesión inflamatoria no neoplásica que se presenta especialmente en el estómago, aunque puede ocurrir en cualquier parte del tubo digestivo, en donde puede ocasionar episodios de intususcepción y obstrucción intestinal.

**Presentación del caso.** Se presenta el caso de una mujer de 49 años de edad, con un cuadro clínico de una semana de evolución consistente en episodios intermitentes de dolor abdominal, distensión abdominal y emesis. Ingresó a urgencias de la Clínica CES de Medellín, donde se le practicó una tomografía de abdomen que mostró una invaginación intestinal en el íleon, por lo que se programó para una laparotomía exploratoria. Se encontró una intususcepción secundaria a una lesión polipoide que ocupaba la luz del íleon, se resecó el segmento comprometido y se hizo una anastomosis látero-lateral,

sin complicaciones. El estudio anatómico-patológico y la inmunohistoquímica confirmaron el diagnóstico de pólipo fibrinoide inflamatorio.

**Conclusión.** El pólipo fibrinoide inflamatorio es una entidad poco frecuente, benigna, que al presentarse en el íleon puede causar intususcepción y obstrucción intestinal. Los estudios imaginológicos proporcionan hallazgos indirectos. Sin embargo, su diagnóstico definitivo se logra con los estudios anatómico-patológico y de inmunohistoquímica después la resección quirúrgica completa, la cual es curativa en la inmensa mayoría de los casos.

## Introducción

La intususcepción es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal en adultos y, en la mayoría de los casos, a diferencia de la población pediátrica, se explica por una lesión subyacente que origina el cuadro clínico<sup>1</sup>.

El pólipo fibrinoide inflamatorio es una lesión submucosa con baja incidencia a nivel mundial, descrita inicialmente por Vanek en 1949<sup>2</sup>, y cuya localización más frecuente es el estómago, donde se manifiesta principalmente por sangrado digestivo que causa anemia. Sin embargo, puede aparecer en cualquier parte del tubo digestivo y ocasionar oclusión intestinal e, incluso, intususcepción<sup>3,4,5</sup>.

Se presenta el caso de una mujer de 49 años de edad con un cuadro clínico de intususcepción y obstrucción intestinal secundaria a un pólipo fibrinoide inflamatorio en el íleon distal, el cual fue resecado quirúrgicamente

- 1 Médico, cirujano general, Clínica CES, Medellín, Colombia
- 2 Médico, cirujano laparoscopista, Clínica CES, Medellín, Colombia
- 3 Médico, residente de Cirugía General, Universidad CES, Medellín, Colombia
- 4 Médica general, Universidad CES, Medellín, Colombia

Fecha de recibido: 22 de mayo de 2015

Fecha de aprobación: 11 de junio de 2015

Citar como: Calle CA, Matallana R, Naranjo C, Muñoz E. Intususcepción íleo-ileal secundaria a un pólipo fibrinoide inflamatorio. Rev Colomb Cir. 2015;30:240-45.

y estudiado mediante estudios anatómo-patológico y de inmunohistoquímica.

### Caso clínico

Se trata de una paciente de sexo femenino, de 49 años de edad, que consultó al servicio de urgencias por un cuadro clínico de dolor abdominal difuso de una semana de evolución, asociado a múltiples episodios de emesis fecaloide y deposiciones líquidas. Se tomó una radiografía simple de abdomen, en la que se encontraron niveles hidroaéreos y distensión de asas intestinales. En la tomografía computadorizada (TC) se observó una invaginación íleo-ileal de 62 mm hacia el flanco y la fosa iliaca derechos, sin lograr identificar la lesión que la causaba, asociada a una franca dilatación de las asas intestinales, con niveles hidroaéreos, sin signos de sufrimiento de asas y con presencia de *Ascaris lumbricoides* en asas del yeyuno distal (figura 1).

Durante el procedimiento quirúrgico se apreció intususcepción íleo-ileal en la porción terminal, a 100 cm de la válvula ileocecal, la cual se redujo, permi-

tiendo identificar masa polipoide intraluminal de 2 cm de diámetro, que ocupaba el 40 % de la luz intestinal. La masa se resecó y, posteriormente, se hizo una anastomosis látero-lateral con sutura mecánica. No hubo complicaciones (figura 2).

La evolución durante el posoperatorio fue satisfactoria. El estudio de histopatología demostró una lesión polipoide, ulcerada en la mucosa, única, con proliferación de células del estroma, sin necrosis y con infiltrados celulares inflamatorios, principalmente eosinofílicos (figura 3). Con estos hallazgos, se decidió hacer el estudio de inmunohistoquímica, el cual confirmó la presencia de un pólipo fibrinoide inflamatorio como etiología de la intususcepción.

### Discusión

El pólipo fibrinoide inflamatorio es una lesión seudotumoral, poco frecuente, mal llamada tumor, que fue descrita inicialmente por Vanek en 1949. Sin embargo, fueron Helwing y Ranier en 1953, quienes le atribuyeron el nombre de pólipo fibrinoide inflamatorio<sup>6</sup>. La incidencia exacta de esta lesión se desconoce, debido

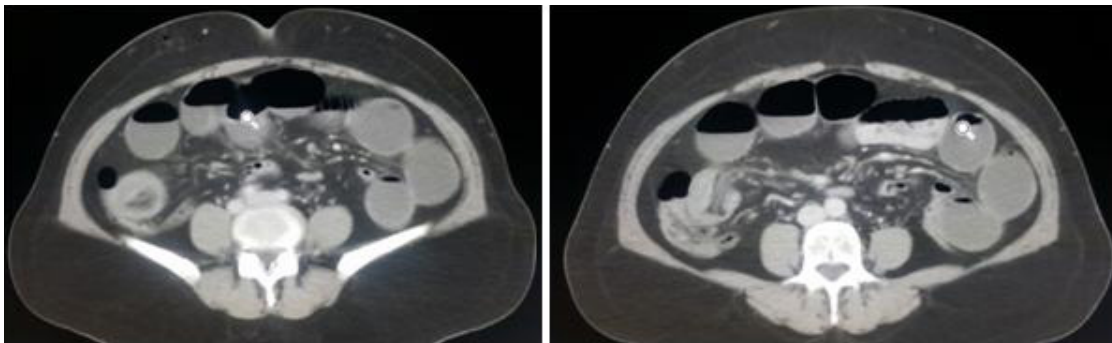


FIGURA 1. Imagen tomográfica que muestra dilatación de asas intestinales proximales a zona de intususcepción en intestino delgado.



FIGURA 2. Segmento íleal con lesión polipoide de 2 cm que ocupa el 40 % de la luz intestinal.

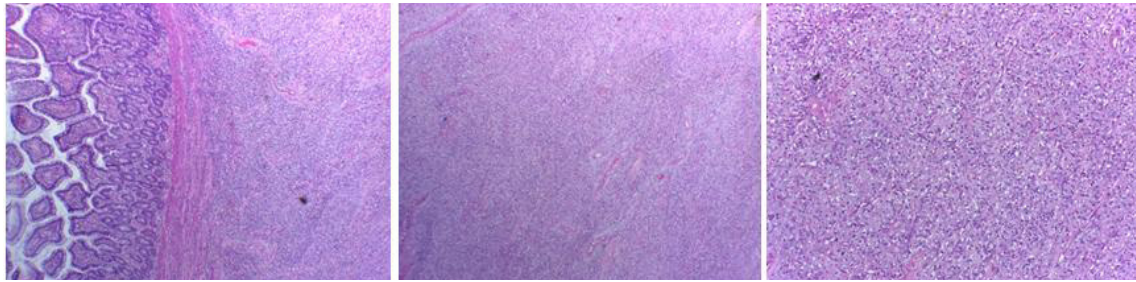


FIGURA 3. Estudio anatómico-patológico que muestra pólipos con ulceración mucosa. Células fusiformes y abundantes células inflamatorias y un estroma mixoide en su interior. Hematoxilina y eosina, 10X, 10X y 40X, de izquierda a derecha.

a que la información actual se obtiene de reportes de casos aislados y series muy pequeñas <sup>7,8</sup>.

Es un pólipo submucoso benigno, compuesto por tejido fibroconjuntivo laxo y células inflamatorias de predominio eosinofílico. El 70 % de los casos se presentan en el estómago <sup>9</sup>, aunque solo representa el 3 % de los pólipos gástricos <sup>10,11</sup>. Ubicaciones menos frecuentes son el íleon <sup>12</sup>, el yeyuno <sup>13</sup>, el duodeno <sup>14</sup>, el esófago <sup>15</sup> y la vesícula biliar <sup>16</sup>.

Macroscópicamente, son lesiones polipoides submucosas, sésiles, generalmente únicas aunque en ocasiones se pueden presentar múltiples, con un diámetro medio de 1,5 cm, sin cápsula, firmes, bien demarcadas, con superficie grisácea y con mucosa normal o con leves ulceraciones <sup>17</sup>. Al microscopio, se evidencia proliferación de células fusiformes o del estroma, con núcleo ovoide y cromatina granular fina, nucléolo pequeño y citoplasma eosinofílico, con un estroma mixoide edematoso y con distribución concéntrica alrededor de los vasos sanguíneos, que se ha descrito en la literatura científica como distribución en “tela de cebolla”. Tienen vasos sanguíneos prominentes y células inflamatorias de predominio eosinofílico <sup>18</sup>. Su crecimiento se inicia a partir de la submucosa, con extensión a la luz intestinal y, generalmente, invade la mucosa y pocas veces se extiende a la capa muscular.

De acuerdo con su tamaño, los pólipos fibrinoides inflamatorios se clasifican en tres estadios. El primero es un estadio nodular, en el que el pólipo tiene un tamaño menor de 0,4 cm, seguido por el estadio fibro-vascular en el que la lesión mide entre 0,4 y 1,5 cm y, finalmente, el estadio esclerótico o edematoso en el que es mayor de 1,5 cm.

El pólipo fibrinoide inflamatorio se considera una lesión benigna, de muy baja tasa de transformación maligna, con solo un caso reportado de reaparición de la lesión, cuya histogénesis es poco clara. Sin embargo, como posibles factores etiológicos se han postulado la inflamación e irritación crónica o la reacción desmedida del cuerpo al trauma intestinal o gástrico <sup>19</sup>. Se han reportado mutaciones en el gen *PDGFRA*, que en estos pacientes lleva a un comportamiento tumoral de las células afectadas, lo cual podría explicar la etiología de esta entidad <sup>20,21</sup>.

En general, se consideran lesiones silentes y su sintomatología se produce por el tamaño y la localización de la lesión. Las lesiones gástricas pueden ocasionar obstrucción del trayecto de salida, mientras que las intestinales se caracterizan por producir dolor abdominal tipo cólico, difuso y generalizado, y signos de obstrucción intestinal con emesis y distensión abdominal, y sin evacuación de gases ni materia fecal <sup>22-24</sup>. En algunos casos, sobre todo cuando la lesión asienta en el íleon, se puede presentar intususcepción con sus correspondientes manifestaciones clínicas <sup>25-29</sup>. Estas lesiones, a su vez, pueden sangrar produciendo hemorragia digestiva de grado variable.

Cuando se diagnostican, los pólipos esofágicos tienen en promedio un diámetro de 5 cm; se atribuyen a la enfermedad por reflujo gastroesofágico y su principal diagnóstico diferencial es el leiomioma <sup>15</sup>. Por otra parte, los pólipos gástricos se asocian a gastritis por *Helicobacter pylori*, úlcera gástrica, adenoma o carcinoma <sup>11</sup>. El 80 % se ubica en el antro y, el 20 % restante, entre el cardias y el cuerpo gástrico. En esta región, la lesión de mayor tamaño reportada hasta la fecha ha sido de 12 cm; el 50 % de estas masas son visibles con estudios de imágenes <sup>30</sup>.

El segundo sitio más frecuente de presentación de los pólipos fibrinoides inflamatorios es el intestino, donde afectan principalmente el íleon distal<sup>31,32</sup>, son mucho menos frecuentes los del colon y el duodeno. Rara vez se encuentran en la vesícula biliar. Se manifiestan más frecuentemente por intususcepción y, en ocasiones, por anemia crónica secundaria a ulceración de la lesión. La edad promedio de presentación es de los 50 a los 60 años<sup>33</sup>. Se ha descrito su asociación con el divertículo de Meckel.

Las imágenes para el diagnóstico de estos pacientes solo permiten identificar las lesiones, aunque muchas de ellas de manera inespecífica, haciendo necesario el procedimiento quirúrgico para hacer el diagnóstico definitivo de la lesión. Dependiendo de su localización, varios estudios complementarios, radiológicos o endoscópicos, pueden ser útiles para establecer el diagnóstico. Si bien el pólipo fibroide inflamatorio no presenta una imagen característica, diversos estudios, como la ecografía, la radiografía, la TC y la resonancia magnética, pueden poner en evidencia la intususcepción intestinal o las masas gástricas como responsables de un síndrome obstructivo y las demás presentaciones clínicas de esta enfermedad<sup>34</sup>.

El principal diagnóstico diferencial de esta entidad es el tumor de estroma gastrointestinal (*Gastrointestinal Stromal Tumor*, GIST)<sup>35</sup>, en el que la inmunohistoquímica es la herramienta esencial que permite diferenciarlos<sup>36,37</sup>. De manera característica, ambos son positivos para CD-34<sup>38</sup>, mientras que exclusivamente el GIST expresa el CD-117 y la proteína S-100<sup>39-41</sup>.

La gastroenteritis eosinofílica es otra entidad que se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial; esta afecta todo el tubo digestivo con infiltrados eosinofílicos submucosos, y en ocasiones transmurales, y los pacientes afectados generalmente sufren de atopia.

Los tumores mesenquimales, entre los se encuentran el schwannoma, el leiomioma y los tumores fibrosos, deben considerarse posibles opciones diagnósticas en estos casos. Estos se diferencian del pólipo fibrinoide inflamatorio en que carecen de componente inflamatorio y por su particular perfil de inmunohistoquímica.

Otras enfermedades que se deben considerar, aunque menos frecuentes, son las infecciones parasitarias, como esquistosomiasis, anisakirosis y estrombiloidiasis, que causan reacción granulomatosa con eosinofilia; sin embargo; en estos casos se puede tipificar el parásito o identificar sus huevecillos.

El tumor miofibroblástico inflamatorio es una lesión morfológicamente similar al pólipo fibrinoide inflamatorio, por lo cual es obligatorio descartarlo al hacer este último diagnóstico. Afecta de manera característica a una población más joven, incluso niños, predomina en las mujeres y se observa en sitios extraintestinales, de los cuales el más frecuente es el pulmón. El tubo digestivo es el sitio más común de la lesión y allí tiene menor tendencia a formar pólipos. Su histología es muy similar al del pólipo fibrinoide inflamatorio, con proliferación de miofibroblastos y componente inflamatorio mixto (linfocitos, plasmocitos y eosinófilos en menor cantidad). De acuerdo con su componente histológico, se clasifica en mixoide, vascular o inflamatorio. La inmunohistoquímica es muy similar a la del pólipo fibrinoide inflamatorio. Es mucho más agresivo que este último y produce más infiltración local.

El tratamiento definitivo del pólipo fibrinoide inflamatorio es su resección completa: endoscópica, si la lesión tiene un diámetro menor de 3 cm y es asequible al endoscopio; o quirúrgica, que brinda una alta tasa de curación y recurrencia casi nula cuando se logra obtener bordes libres de la enfermedad (R<sub>0</sub>)<sup>42,43</sup>. No se requieren tratamientos adicionales diferentes al manejo quirúrgico.

## Conclusión

El pólipo fibrinoide inflamatorio es una entidad poco frecuente, benigna, que al presentarse en el íleon puede causar obstrucción intestinal e intususcepción. Los estudios de imágenes permiten identificar los hallazgos secundarios a esta condición, pero su diagnóstico definitivo se logra con el estudio anatomopatológico y el de inmunohistoquímica, después de la resección quirúrgica completa, la cual es curativa en la inmensa mayoría de los casos.

## Ileoileal intussusception secondary to inflammatory fibrinoid polyp

### Abstract

**Introduction:** *Inflammatory fibrinoid polyp is a non-neoplastic inflammatory lesion, which occurs especially at gastric level, but may also occur anywhere in the gastrointestinal tract, where it can cause episodes of intussusceptions and intestinal obstruction.*

**Case report:** *We report the case of a 49 year old woman with clinical presentation of one week of evolution consisting in episodes of intermittent abdominal pain, abdominal distension and emesis. She presented at the emergency department of Clinica CES (Medellín, Colombia), where a CT scan of the abdomen reported ileal intussusception. At exploratory laparotomy an intussusception secondary to a polypoid lesion that occupied the ileal lumen was found, and resection of the involved segment and anastomosis were performed without complications. Pathology and immunohistochemistry study confirmed the diagnosis of Inflammatory fibrinoid polyp.*

**Conclusion:** *The inflammatory fibrinoid polyp is a rare, benign entity that when located in the ileum may cause intussusception and intestinal obstruction. Imaging studies exhibit indirect findings. However, definitive diagnosis is made with pathology and immunohistochemistry studies following complete surgical resection, which is curative in the majority of cases.*

**Key words:** *intestinal diseases; intestinal polyps; intestinal neoplasms; intestinal obstruction.*

### Referencias

- Chiang JM, Lin YS. Tumor spectrum of adult intussusception. *J Surg Oncol.* 2008;98:444-7.
- Vanek J. Gastric submucosal granuloma with eosinophilic infiltration. *Am J Pathol* 1949; 25:397-411.
- Wysocki AP, Taylor G, Windsor JA. Inflammatory fibroid polyps of the duodenum: A review of the literature. *Dig Surg.* 2007;24:162-8.
- Mohamud SO, Motorwala AS, Daniel AMR, Tworek JA, Shehab TM. Giant ileal inflammatory fibroid polyp causing small bowel obstruction: A case report and review of the literature. *Cases J.* 2008;1:341.
- Nonose R, Valenciano JS, Da Silva CM, De Souza CA, Martínez CA. Ileal intussusception caused by Vanek's tumor: A case report. *Case Rep Gastroenterol.* 2011;5:110-6.
- Helwig EB, Ranier A. Inflammatory fibroid polyps of the stomach. *Surg Gynecol Obstet.* 1953;96:335-67.
- Acero D, Garijo G, Hombrados M, Figa M, Adrados M, Aldeguer X, et al. Pólipo fibroide inflamatorio gastrointestinal. Características clínicas y seguimiento de una serie de 26 pacientes. *Gastroenterol Hepatol.* 2005;28:215-20.
- Arévalo F, Aguilar R, Ramos C, Árias S, Castillo J, Monge E. Pólipos inflamatorios de colon: reporte de casos y revisión de literatura. *Rev Gastroenterol Perú.* 2009;29:40-3.
- Mellado-Pérez MA, Hernández-Cubas MO, Lara-Martín M. Tumor de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio. Reporte de un caso. *Revista Médica Electrónica.* 2013;35:404-10.
- Eusse AB, Botero A M, Pérez M, Cuartas CB. Tumor de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio gástrico. Presentación de dos casos en Medellín. *Revista Colombiana de Gastroenterología.* 2012;27:327-30.
- Ayala EG, Anaya HJ. Pólipo fibroide inflamatorio gástrico: a propósito de un caso. *Médicas UIS.* 2010;23:145-9.
- Bae J, Song J, Hong S, Moon W. An unusual presentation of an inflammatory fibroid polyp of the ileum: A case report. *Oncol Lett.* 2015;9:327-9.
- Neishaboori H, Maleki I, Emadian O. Jejunal intussusception caused by a huge Vanek's tumor: A case report. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench.* 2013;6:210-3.
- Wysocki AP, Taylor G, Windsor JA. Inflammatory fibroid polyps of the duodenum: A review of the literature. *Dig Surg.* 2007;24:162-8.
- Molina M, Ortega G, Montoya JJ, De Paco M. Pólipo fibroide inflamatorio del esófago, fiebre y poliartitis. *Gastroenterol Hepatol.* 1989;12:66-7.
- Martini M, Santoro L, Familiari P, Costamagna G, Ricci R. Inflammatory fibroid polyp of the gallbladder bearing a platelet-

- derived growth factor receptor alpha mutation. *Arch Pathol Lab Med.* 2013;137:721-4.
- 17 Yakan S, Caliskan C, Makay O, Denecli AG, Korkut MA. Intussusception in adults: Clinical characteristics, diagnosis and operative strategies. *World J Gastroenterol.* 2009;15:1985-9.
  - 18 Plesec TP. Gastrointestinal mesenchymal neoplasms other than gastrointestinal stromal tumors: Focusing on their molecular aspects. *Patholog Res Int.* 2011;2011:1-10.
  - 19 Helwig EB, Ranier A. Inflammatory fibroid polyps of the stomach. *Surg Gynecol Obstet.* 1953;96:335-67.
  - 20 Schildhaus HU, Cavlar T, Binot E, Butter R, Waldermann E. Inflammatory fibroid polyps harbour mutations in the platelet-derived growth factor receptor alpha (PDGFRA) gene. *J Pathol.* 2008;216:176-82.
  - 21 Calabuig-Farinas S, López-Guerrero JA, Ribera MJ, et al. Inflammatory fibroid polyp of the small bowel with a mutation in exon 12 of PDGFR alpha. *Virchows Arch.* 2009;454:327-31.
  - 22 Akbulut S, Sevinc MM, Cakabay B, Bakir S, Senol A. Giant inflammatory fibroid polyp of ileum causing intussusception: A case report. *Cases J.* 2009;2:8616.
  - 23 Toydemir T. Inflammatory fibroid polyp of the ileum presenting with small bowel obstruction in an adult patient: A case report. *J Med Case Rep.* 2010;4:291.
  - 24 Jacobs TM, Lambrianides AL. Inflammatory fibroid polyp presenting as intussusception. *J Surg Case Rep.* 2013;2.
  - 25 Arzuaga IV, Gutiérrez OH, Chappotten LÁ, Alfonso G. Invaginación intestinal por pólipo fibroide inflamatorio del íleon. *Rev Cubana Med.* 2002;41:39-41.
  - 26 Madriz P, Roa Y, Rodríguez F. Intususcepción intestinal debido a un pólipo fibroide inflamatorio (Tumor de Vanek). *Medicina Legal de Costa Rica.* 2014;31:116-21.
  - 27 Young HK, Micheal AB, Mukesh G, Harisinghani MG, Archer-Arroyo K, Hahn PF, et al. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point. *Radiographics.* 2006;26:733-44.
  - 28 Arzuaga IV, Gutiérrez OH, Chappotten LÁ, Alfonso G. Invaginación intestinal por pólipo fibroide inflamatorio del íleon: presentación de 1 caso. *Revista Cubana de Cirugía.* 2001;40:59-62.
  - 29 Maya AM, Gallo A, Castelli M, Paz L, Espinosa JC, Giunipero A. Intususcepción intestinal por pólipo fibroide inflamatorio en una anciana. *Medicina (Buenos Aires).* 2013;73:461-3.
  - 30 Harned RK, Buck JL, Shekitha KM. Inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal tract: Radiologic evaluation. *Radiology.* 1992;182:863-6.
  - 31 Teli B. Ileo-ileal intussusception in an adult caused by Vanek's tumour: A rare case report. *J Clin Diagn Res.* 2013; 7:2994-5.
  - 32 Akbulut S. Intussusception due to inflammatory fibroid polyp: A case report and comprehensive literature review. *World J Gastroenterol.* 2012;18:5745.
  - 33 Balci NC, Radjazi S, Polat H. Adult intussusception secondary to inflammatory fibroid polyp: Demonstration by MRI. *Eur Radiol.* 2000;10:1708-10.
  - 34 Feldis M, Dilly M, Marty M, Laurent F, Cassinotto C. An inflammatory fibroid polyp responsible for an ileal intussusception discovered on an MRI. *Diagn Interv Imaging.* 2015;96:89-92.
  - 35 Greenson JK. Gastrointestinal stromal tumors and other mesenchymal lesions of the gut. *Mod Pathol.* 2003;16:366-75.
  - 36 Miettinen M, Wang ZF, Lasota J. DOG1 antibody in the differential diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A study of 1840 cases. *Am J Surg Pathol.* 2009;33:1401-8.
  - 37 Santos GD, Alves VA, Wakamatsu A, Zucoloto S. Inflammatory fibroid polyp: An immunohistochemical study. *Arq Gastroenterol.* 2004;41:104-7.
  - 38 Kim MK, Higgins J, Cho EY, Ko YH, Oh YL. Expression of CD34, bcl-2, and kit in inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal tract. *Appl Immunohistochem Mol Morphol.* 2000;8:147-53.
  - 39 Daum O, Hatlova J, Mandys V, Grossman P, Mukensnabl P, Benes Z, et al. Comparison of morphological, immunohistochemical, and molecular genetic features of inflammatory fibroid polyps (Vanek's tumors). *Virchows Arch.* 2010;456:491-7.
  - 40 Ozolek JA, Sasatomi E, Swalsky PA, Rao U, Krasinskas A, Finkelstein SD. Inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal tract: Clinical, pathologic, and molecular characteristics. *Appl Immunohistochem Mol Morphol.* 2004;12:59-66.
  - 41 Liu T-C, Lin M-T, Montgomery EA, Singhi AD. Inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal tract: Spectrum of clinical, morphologic, and immunohistochemistry features. *Am J Surg Pathol.* 2013;37:586-92.
  - 42 Paikos D, Moschos J, Tzilves D, Koulaouzidis A, Kouklakis G, Patakiouta F, et al. Inflammatory fibroid polyp or Vanek's tumour. *Dig Surg.* 2007;24:231-3.
  - 43 Morales-Fuentes GA, Ariño-Suarez M, Zárate-Osorno A, Rodríguez-Jerkov J, Terrazas-Espitia F, Pérez-Manauta J. Pólipo de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Cir Cir.* 2011;79:263-7.

Correspondencia: Carlos Andrés Calle, MD  
 Correo electrónico: cacalle1810.cc@gmail.com  
 Medellín, Colombia