GRANULOMAS DEL TUBO DIGESTIVO QUE SIMULAN TUMOR MALIGNO EN NIÑOS

EFRAÍN SHOR-PINSKER[1] Y MANUEL DE LACHICA[1]

Se presentan seis casos de granuloma del tubo digestivo localizados en la región ileocecal y en el colon, en pacientes de edad pediátrica. De los 96 pacientes que se han observado con tumor abdominal dependiente del tubo digestivo, los granulomas representaron 9.53% de los tumores benignos y 8.25% de todos los tumores gastrointestinales.

Se hicieron consideraciones en cuanto a la etiología, siendo la apendicitis y posiblemente la parasitosis intestinal, la causa más común. Los estudios paraclínicos no son demostrativos, siendo más útil el radiológico cuando es posible demostrar material radioopaco en la masa tumoral o defectos de llenado en los estudios con contraste.

Dado que la sintomatología y los estudios de gabinete no son característicos, estos tumores son fácilmente confundidos con neoplasias malignas inclusive durante la laparotomía, situación que puede originar un procedimiento quirúrgico mutilante innecesario. Solamente en dos de los pacientes de esta serie fue posible elaborar el diagnóstico de granuloma por medio de la biopsia transoperatoria, procediéndose a resecar solamente la masa principal, conservando intacto el resto del intestino afectado. (GAC. MÉD. MÉX. 100: 428, 1970).

SE CONSIDERAN a los granulomas del tubo digestivo como formaciones tumorales benignas, ocasionadas por una respuesta tisular ante un proceso inflamatorio crónico; son resultado de la actividad reparadora del organismo cuando existe una solución de continuidad en la pared del tracto gastrointestinal, que permite el contacto con la serosa peritoneal, a elementos del contenido intestinal, como coprolitos, parásitos o cuerpos extraños, los que producirán una reacción inflamatoria localizada.[1, 2]

Durante el proceso inflamatorio se produce interferencia con la irrigación local, seguida de necrosis y consecuentemente proliferación del tejido conjuntivo, con el resultado de circunscribir el sitio lesionado o el agente causal.[3]

1 Departamento de Cirugía, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Todo este mecanismo da como resultado, a la constitución de una masa tumoral, habitualmente formando parte de la pared del segmento afectado y preferentemente de la región ileocecal; sin embargo, pueden estar localizados en cualquier porción del tracto digestivo.[4]

El término granuloma está dado por su imagen histológica, que consiste en la presencia de células mono y multinucleadas, células plasmáticas y rodeando todo este proceso, tejido conjuntivo; dependiendo de la etiología del granuloma, podrán encontrarse en el seno de la masa tumoral, los cuerpos que le dieron origen.[5]

Los granulomas del tubo digestivo simulan lesiones malignas tanto por su comportamiento clínico y radiológico, así como por su aspecto macroscópico observable en el transoperatorio; este es el motivo de la dificultad de establecer una diferencia categórica, situación que puede determinar un manejo quirúrgico inadecuado. Es importante tener en cuenta la posibilidad de granuloma ante un enfermo con una masa abdominal, la que teóricamente depende del tracto digestivo, ya que siempre ocurre que como primera posibilidad se trata de descartar la de lesión maligna.

El presente trabajo tiene como objetivo hacer el informe de seis casos de granuloma del tubo digestivo, cuatro de los cuales simularon tumores malignos gastrointestinales. Del análisis de la sintomatología y los hallazgos quirúrgicos, podrían derivarse conclusiones para la identificación de dichas lesiones, con el objeto de poder brindar un manejo quirúrgico más adecuado.

MATERIAL

En el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional se han atendido, de 1963 a 1969, 96 pacientes con tumoración abdominal dependiente del tubo digestivo, de los cuales 64 (66%) resultaron con neoplasias benignas y 32 (33%) las tuvieron malignas. (Tablas 1 y 2).

TABLA 1

TUMORES GASTROINTESTINALES BENIGNOS

T i p o	*Casos*	*Porciento*
Pólipos intestinales	31	48.44
Duplicaciones	11	17.18
Linfangiomas	7	10.93
Quiste quiloso	7	10.93
Granulomas	6	9.53
Teratoma gástrico	1	1.56
Fibroleiomioma	1	1.56
TOTAL	64	100.00%

TABLA 2

TUMORES GASTROINTESTINALES MALIGNOS

T i p o	*Casos*	*Porciento*
Linfosarcoma	28	87.50
Adenocarcinoma intestinal	3	9.37
Carcinoma gástrico	1	3.15
TOTAL	32	100.00%

Los granulomas se observaron en seis casos, los que son el motivo de este trabajo; constituyen 9.53% de los tumores benignos y 8.25% de todos los tumores gastrointestinales. Los casos estudiados son sólo aquellos que simularon masas abdominales bien localizadas, y definidas durante el estudio pre y transoperatorio; solamente el análisis

histopatológico pudo descartar la posibilidad de malignidad.

La tabla 3 señala los datos más importantes del estudio clínico y radiológico.

TABLA 3

GRANULOMAS DEL TUBO DIGESTIVO

Caso	*Edad (años)*	*Sexo*	*Tiempo de evolución*	*Síntomas y signos*	*Radiología*
1	9	M	10 días	Dolor, fiebre, vómitos, plastrón en fosa ilíaca derecha.	Opacidad del hemiabdomen derecho.
2	2.5	M	3 meses	Masa tumoral en mesogastrio, dolor, suboclusión intestinal.	Opacidad de fosa ilíaca derecha con desplazamiento de asas.
3	10	F	3 días?	Masa tumoral en mesogastrio.	Opacidad central.
4	16	F	6 días?	Masa tumoral en fosa ilíaca derecha.	Opacidad de la fosa ilíaca derecha.
5	6	M	6 días?	Masa tumoral en flanco y fosa ilíaca derecha.	Opacidad de la fosa ilíaca derecha.
6	12	M	5 meses	Suboclusión intestinal, cólicos, diarrea.	Torsión del ángulo hepático del colon.

El caso más joven fue de 2 años y 6 meses y el mayor de 16 años, predominando el sexo masculino; cuatro de los enfermos fueron admitidos en el hospital con la impresión diagnóstica de masa tumoral probablemente maligna, tal como linfosarcoma del intestino; dos pacientes ingresaron con un cuadro clínico de suboclusión intestinal.

El tiempo de evolución varió de tres días (dudoso) a cinco meses; los síntomas fueron generalmente vagos y consistieron en dolor abdominal tipo cólico, fiebre y vómitos; solamente en cuatro pacientes pudo determinarse la presencia de una masa tumoral con toda claridad y en los dos restantes, la masa abdominal fue encontrada en el curso de la laparotomía, cuando se intervino con el diagnóstico de oclusión intestinal de etiología no determinada. Los exámenes de laboratorio, además de leucocitosis y neutrofilia, no fueron característicos.

El examen radiológico reveló opacidad en el sitio de la masa tumoral, desplazamientos de las asas intestinales hacia el lado opuesto del abdomen y presencia de niveles hidroaéreos. Solamente a dos pacientes se practicó colon por enema y fue sugestivo de granuloma en un caso, observándose torsión del ángulo hepático del colon y defecto de llenado (Fig. 1). No se encontró en ningún enfermo imagen radioopaca en el centro de la masa tumoral.

La tabla 4 señala los hallazgos transoperatorios, el tratamiento quirúrgico seguido y los datos histopatológicos más importantes.

Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente; en cuatro enfermos la impresión macroscópica fue de tumor maligno, probablemente linfosarcoma y en dos casos, de granuloma infeccioso. En todos ellos se encontró hipertrofia de los ganglios mesentéricos

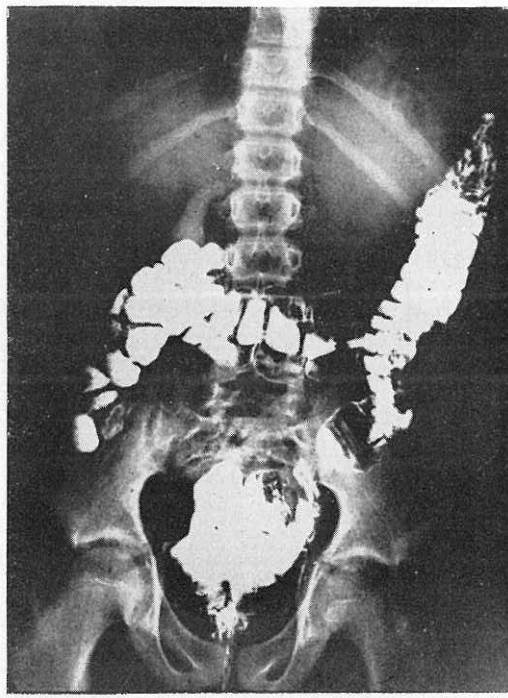

FIG. 1. Enema baritado que muestra torsión del ángulo hepático del colon, así como defecto de llenado.

y la lesión estaba circunscrita al órgano resecado. Sólo en dos pacientes se pudo realizar estudio de biopsia en forma transoperatoria y dado el diagnóstico de lesión inflamatoria, no se llevó a cabo cirugía más radical (Fig. 2).

Los datos más característicos del examen microscópico fueron de inflamación subaguda y crónica, con carácter productivo, fibrosis y tejido de granulación, conteniendo células multinucleadas. En un paciente se encontraron abundantes eosinófilos y células gigantes, así como restos de parásitos. En otro enfermo se apreciaron huevecillos de áscaris con numerosos eosinófilos y células multinucleadas (Fig. 3); los cuatro enfermos restantes mostraron imagen típica de granuloma (Fig. 4).

En los seis pacientes fue posible extirpar toda la masa tumoral y llevar a cabo anastomosis término terminal; sin

TABLA 4

GRANULOMAS DEL TUBO DIGESTIVO

Caso	*Sitio*	*Hallazgos*	*Tratamiento*	*Diagnóstico patológico*
1	Apéndice	Masa que englobó el apéndice.	Resección local	Granuloma peritoneal ¿Parasitosis?
2	Colon transverso	Tumor de 6 x 10 cm. en el borde mesentérico.	Colotomía	Granuloma por áscaris.
3	Colon transverso	Tumor del mesocolon de 10 cm. con necrosis central y formación de cavidad quística.	Colotomía	Granuloma infeccioso.
4	Colon ascendente	Masa que engloba la pared del colon, dura, de 8 x 10 cm.	Hemicolectomía	Granuloma infeccioso.
5	Ileon, ciego y ascendente	Masa quística, dura, que infiltra todos los elementos.	Hemicolectomía	Granuloma con necrosis.
6	Angulo hepático	Masa de 2 a 3 cm. en pared del colon, adherida al borde anterior del hígado.	Colotomía	Granuloma infeccioso.

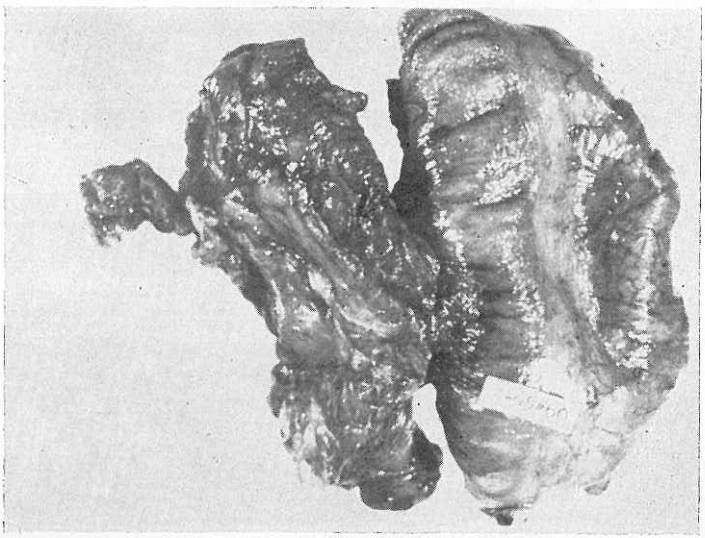

FIG. 2. Pieza quirúrgica que da la impresión de tumor maligno, probablemente linfosarcoma de intestino.

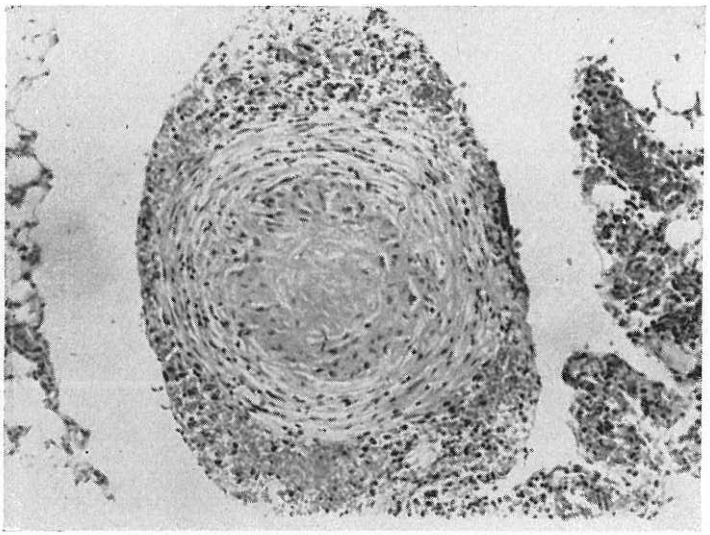

FIG. 3. Aspecto microscópico típico de granuloma, en donde se aprecian células multinucleadas y eosinófilos.

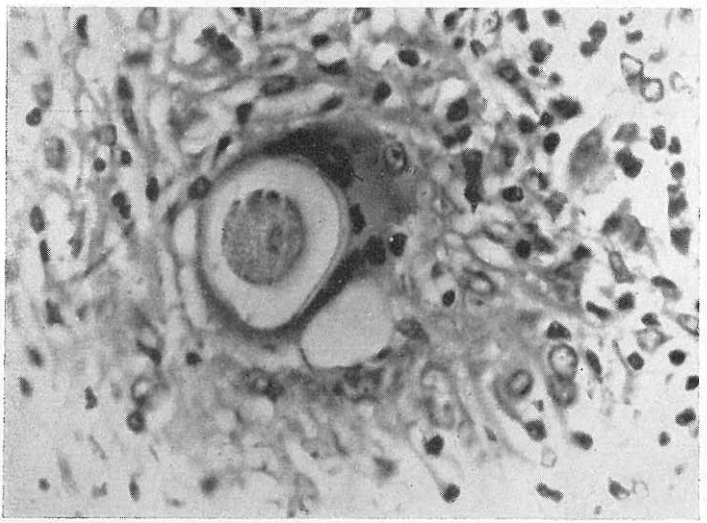

FIG. 4. Microfotografía que muestra huevecillos de áscaris y células multinucleadas.

embargo, en dos enfermos se realizó hemicolectomía dada la impresión macroscópica de lesión maligna. El curso postoperatorio fue favorable en todos; no se encontró reproducción de la masa tumoral durante el tiempo máximo de observación (5 años).

DISCUSIÓN

El diagnóstico de granuloma del tubo digestivo en la edad pediátrica es muy difícil de hacer; el estudio clínico y de laboratorio sugiere siempre la posibilidad de neoplasia maligna y durante el acto quirúrgico la masa tumoral tiene el aspecto de tumor maligno; solamente el estudio histopatológico podrá diferenciar estas masas con las verdaderas neoplasias malignas.

La etiología no está bien precisada, pero se supone que son resultado de lesiones en la pared del tubo digestivo producidas por infecciones enterales o parasitosis crónicas, especialmente amibas, áscaris, o schistosomas.[5-7] En los enfermos con ileítis terminal o diverticulitis es más común la formación de granulomas después de la perforación subaguda, situación que no se observa con frecuencia en los niños.[8]

La masa tumoral puede tener en el centro de ella cuerpos extraños, ya sean ingeridos como semillas de fruta, palillos de dientes, espinas de pescado o cuerpos metálicos,[9] o bien aplicados por enema como el bario;[10, 11] la causa más común de granulomas en edad pediátrica es la apendicitis, con la formación de la masa tumoral a partir del muñón apendicular, del material de sutura, del fecalito o del absceso residual.[12-14] Deben mencionarse los pacientes con respuesta exagerada a pequeños traumatismos o infecciones, y tendencia a formar cicatrices queloides o granulomas.[15, 16]

La sintomatología es siempre muy vaga, variando de molestias subjetivas a alteraciones del tránsito intestinal, con dolor cólico, vómitos y evacuaciones diarreicas; si el tamaño de la masa es grande, puede palparse en ocasiones un tumor. Los estudios de laboratorio no son útiles y la radiografía simple del abdomen puede ser de valor si muestra en el sitio de la masa tumoral alguna otra opacidad de mayor densidad, desplazamiento de masas intestinales o niveles hidroaéreos; el estudio de contraste mostrará defecto de llenado, adelgazamiento de la luz intestinal o torsión del asa.[17]

El tratamiento siempre será quirúrgico, con biopsia transoperatoria si es posible. Sin embargo, sólo el estudio detallado y minucioso de la pieza quirúrgica podrá descartar la posibilidad de malignidad y evitándose así cirugía más mutilante.[18] El pronóstico en general es benigno y está condicionado al estado general del enfermo, al desequilibrio hidroelectrolítico secundario a la obstrucción intestinal y al tamaño del segmento intestinal resecado, con las consiguientes alteraciones sobre la absorción.[19]

REFERENCIAS

1. Anderson, M. C.; Sherman, J. O. y Mladick, R. A.: *Pericolic granuloma.* Arch. Surg. *91:* 907, 1965.
2. Fregenburg, D.: *Fecalith of the children, recognition and significance.* Amer. J. Roentg. *89:* 752, 1963.
3. Evans, H.: *Unexplained granulomatosis in childhood.* Arch. Path. *74:* 360, 1962.

4. Lee, F. D.: *Ileo cecal granulomata.* Gut. *5:* 517, 1964.
5. Hariton, I. y Bruni Celli, B.: *Schistosoma mansoni as a cause of granuloma of the large intestine.* Dis. Colon Rectum. *9:* 279, 1966.
6. Lust, F. J.: *Non specific granulomatous disease involving duodenum, jejunum and ileum.* Am. J. Gastroent. *43:* 40, 1965.
7. Ruiz-Moreno, F.: *Amebic granuloma of the colon and rectus.* Dis. Colon Rectum. *6:* 201, 1963.
8. Storck, F. E. y Franklin, W. P. L.: *Granuloma of the large bowel simulating malignant disease.* Brit. J. Surg. *51:* 898, 1964.
9. Present, L.: *Granulomatous diseases of the gastrointestinal tract.* Ann. Rev. Med. *17:* 243, 1966.
10. Serlin, O. y Wohl, G.: *The surgical implications of unexpected ingested foreign bodies.* Amer. J. Surg. *99:* 233, 1960.
11. Herrington, J. L.: *Barium granuloma within the peritoneal cavity.* Ann. Surg. *164:* 162, 1966.
12. Sheinfeld, N.: *Non casseting epithelioid granuloma of the appendix.* J. Int. Coll. Surg. *42:* 1, 1964.
13. Williams, E.: *Coproliths in children; recognition and significance.* Pediatrics *34:* 372, 1964.
14. Wilson, J.; Dockerty, M.; Waugh, J. y Bargen, J.: *Granuloma of the ileocecal region secondary to appendicitis.* Arch. Surg. *59:* 933, 1949.
15. Duncan, J. A.: *Abdominal granuloma; coexistence of idiopatic fibroblastic reaction.* Amer. Surg. *31:* 477, 1965.
16. Krasna, W.: *A cause of granulomatous ileocolitis in a child.* J. Mount Sinai Hospital, N. Y. *33:* 144, 1966.
17. Lott, B. D.: *Granuloma pyogenicum of the rectum.* Dis. Colon Rectum. *9:* 58, 1966.
18. Negus, D.: *Giant cell granuloma of the stomach.* Brit. J. Surg. *53:* 475, 1966.
19. Svane, S.: *Non specific inflammatory tumors of the colon simulating neoplasms.* Acta Quirurg. Scand. *129:* 537, 1965.