

Tumor de Vanek como causa infrecuente de hemorragia digestiva

Vanek's tumor as an uncommon cause of digestive bleeding

Sergio Morínigo¹, Maisa Vallejos¹, Sebastián Díaz Duba¹, Sebastián Burró¹, Carolina Miranda¹,
José Villarejo¹, Jesús Ortiz Villalba¹

¹ Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay.

Recibido: 21/10/2024

Aprobado: 21/05/2025

En línea: 30/06/2025

Contribución de los autores

Los autores han participado igualmente de: a- concepción de la idea, b- diseño del trabajo, c- obtención de los datos, d- escritura del artículo y revisión crítica del contenido intelectual y e. aprobación de la versión a ser publicada.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de interés en la realización de este trabajo.

Financiamiento

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de ninguna entidad, y ha estado a cargo de los autores.

Citar como

Morínigo S, Vallejos M, Díaz Duba S, Burró S, Miranda C, Villarejo J, et al. Tumor de Vanek como causa infrecuente de hemorragia digestiva. Rev Gastroenterol Peru. 2025;45(2):184-7. doi: 10.47892/rgp.2025.452.1819.

RESUMEN

Los pólipos del tracto gastrointestinal presentan una amplia variedad de características, que van desde lesiones benignas hasta potencialmente malignas. El pólipo de Vanek, una entidad poco común, se distingue por su infiltrado inflamatorio y alteraciones vasculares, lo que a menudo lleva a su confusión con lesiones adenomatosas. Se presenta el caso de una mujer de 77 años con un mes de evolución de rectorragia, que requirió hospitalización en uno de los episodios. La colonoscopia evidenció un pólipo pediculado, el cual fue resecado sin complicaciones. El análisis anatomopatológico mostró un infiltrado linfoplasmocitario, múltiples vasos con necrosis fibrinoide y ausencia de atipias neoplásicas. Debido a la inespecificidad del informe, se realizaron estudios inmunohistoquímicos, que revelaron positividad para CD34 en los vasos y vimentina en células mesenquimatosas. Estos hallazgos sugieren un diagnóstico diferencial con el pólipo fibrinoide inflamatorio. Los pólipos de Vanek son lesiones infrecuentes que requieren un diagnóstico preciso y un manejo adecuado. La tendencia reciente muestra un incremento en la identificación de estos pólipos, probablemente debido a los avances en las técnicas diagnósticas.

Palabras clave: Pólipos Intestinales; Hemorragia; Inmunohistoquímica (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

Gastrointestinal tract polyps exhibit a wide range of characteristics, from benign to potentially malignant lesions. Vanek's polyp, a rare entity, is characterized by its inflammatory infiltrate and vascular alterations, often leading to confusion with adenomatous lesions. We present the case of a 77-year-old woman with a one-month history of rectal bleeding, requiring hospitalization during one of the episodes. Colonoscopy revealed a pedunculated polyp, which was resected without complications. Histopathological analysis showed a lymphoplasmacytic infiltrate, multiple vessels with fibrinoid necrosis, and no neoplastic atypia. Due to the nonspecific nature of the report, immunohistochemical studies were performed, revealing CD34 positivity in the vessels and vimentin positivity in mesenchymal cells. These findings suggest a differential diagnosis from inflammatory fibroid polyps. Vanek's polyps are uncommon lesions that require accurate diagnosis and appropriate management. Recent trends show an increase in the identification of these polyps, likely due to advancements in diagnostic techniques.

Keywords: Intestinal Polyps; Hemorrhage; Immunohistochemistry (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El pólipo fibroide inflamatorio (PFI) es una lesión pseudotumoral, pues su estructura corresponde al grupo de pólipos mesenquimales benignos. Se origina en la submucosa y está formado por tejido fibroso y estructuras vasculares, con un prominente infiltrado inflamatorio, donde se destacan numerosos eosinófilos. La mucosa que lo recubre puede ser normal o tener cambios por ulceración, inflamación o regeneración secundaria a erosión. Suele ser una lesión única, antral o pilórica ⁽¹⁾.

El pólipo fibroide inflamatorio se presenta a cualquier edad, en especial en la sexta década de la vida con ligero predominio en el sexo masculino ⁽²⁾. Es extremadamente raro, representando menos del 0.1% de todos los pólipos

Correspondencia:

Sergio Daniel Morínigo Bogado

Asunción, Paraguay

Teléfono: +595981684033

E-mail: smorinigobogado@gmail.com



Figura 1. Colonoscopia. Lesión pediculada en íleon terminal.

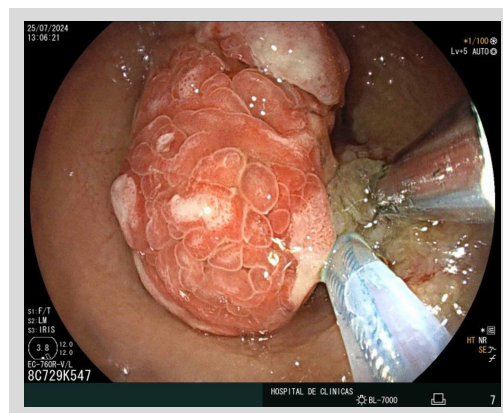


Figura 2. Colonoscopia. Cambios de aspecto adenomatoso en mucosa de lesión pediculada.

gástricos. La mayoría se localizan en el antro (70%) y pueden surgir de la submucosa o de la mucosa ⁽³⁾.

Cualquier parte del tracto gastrointestinal puede ser afectada, si bien con más frecuencia el estómago (70%); el pólipo fibroide inflamatorio representa 3% de los pólipos gástricos. Otros sitios en orden descendente son el íleon, el colon, el yeyuno, el duodeno y el esófago. El cuadro clínico depende del tamaño y la localización del pólipo ⁽⁴⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 77 años, de edad con antecedentes de hipertensión arterial de larga data, en tratamiento con valsartán 160 mg/día. Sin otras patologías intercurrentes relevantes.

Acude a consulta por episodios de rectorragia recurrente en varias ocasiones, en los últimos dos meses. En esta ocasión, la paciente acudió por episodio de rectorragia en gran cantidad, con descenso de los valores de hemoglobina hasta 6,5 g/dl, acompañado por dificultad respiratoria progresiva, por lo que requirió hospitalización, y recibió transfusiones de glóbulos rojos para optimizar la hemodinamia. Niega dolor abdominal, fiebre y otros síntomas acompañantes.

Durante la internación se realizó una colonoscopia, en la cual se constató en íleon terminal un pólipo pediculado de aspecto adenomatoso de 30 mm en su diámetro mayor (Figura 1), con cambios en el patrón glandular (clasificación JNET 2B) ⁽⁵⁾.

Se procedió a la resección del pólipo mediante asa diatérmica, y se colocó un clip en la base del pólipo para hemostasia, sin complicaciones post-procedimiento (Figuras 2 y 3).

El estudio histológico del pólipo mostró "infiltrado linfoplasmocitario, con numerosos vasos pequeños y

medianos, uno de ellos con necrosis fibrinoide en el estroma. No se observaron atipias ni signos de proceso neoplásico maligno" (Figura 4). Debido a la inespecificidad del informe histológico, se solicitó inmunohistoquímica. Las tinciones de inmunohistoquímica fueron positivas para CD34 en vasos sanguíneos y vimentina en células mesenquimales que apoyaban el diagnóstico de pólipo fibrinoide inflamatorio (Figuras 5 y 6).

La paciente evolucionó favorablemente posterior al procedimiento con remisión completa del sangrado.

Consideraciones éticas

El trabajo ha sido realizado respetando la autonomía del paciente ya que el paciente ha acudido de manera voluntaria al centro asistencial. Si bien el investigador conoció el nombre del paciente al momento de la recolección de datos, el mismo no ha sido ni será publicados, y permanecerá en el anonimato. Se respeta el principio de no maleficencia ya que la investigación no cambiará el tratamiento ni pronóstico de los pacientes, el



Figura 3. Colonoscopia. Clip hemostático ubicado en la base de la lesión pediculada.

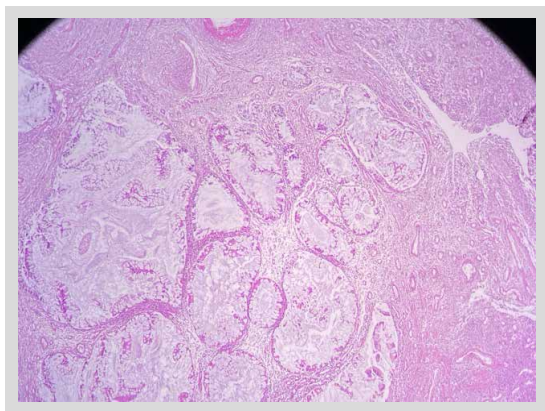


Figura 4. Pólipo de íleon terminal. Tinción con hematoxilina y eosina (4x).

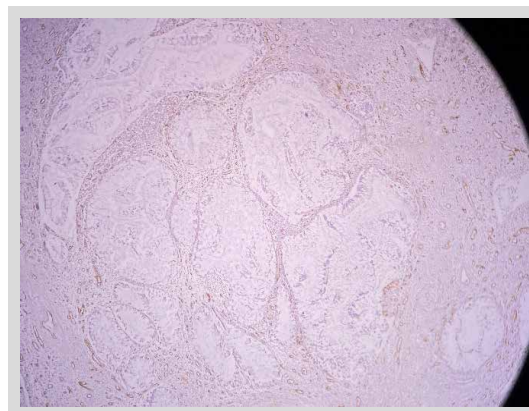


Figura 5. Pólipo de íleon terminal. Tinción Inmunohistoquímica. Positividad para CD34 en vasos sanguíneos (4x).

principio de beneficencia aportando datos de utilidad a la sociedad y a futuras investigaciones para generar nuevos conocimientos sobre el tema.

DISCUSIÓN

El pólipo fibroideo inflamatorio (PFI) es una neoplasia rara, benigna y solitaria, fue inicialmente descrita por Vanek en 1949 como un granuloma gástrico submucoso con eosinofilia ⁽⁶⁾.

Son generalmente asintomáticos. De no serlo, las manifestaciones clínicas dependen de la ubicación y el tamaño del tumor. El dolor abdominal es el síntoma principal en pacientes con lesiones en el estómago. Otros síntomas incluyen intususcepción, náuseas, vómitos, estreñimiento, anemia por deficiencia de hierro, y menos frecuentemente, hemorragia digestiva, obstrucción intestinal u obstrucción del vaciado gástrico ⁽⁷⁾.

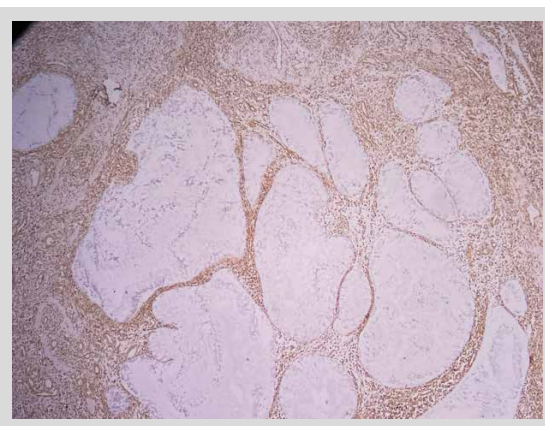


Figura 6. Pólipo de íleon terminal. Tinción Inmunohistoquímica. Se observa la positividad en la tinción para vimentina, que confirma el origen mesenquimático de la lesión (4x).

Los PFI son más frecuentes en el antro gástrico (66-75%), intestino delgado (18-20%), específicamente el íleon, colon (4-7%), vesícula biliar (1%), esófago (1%), duodeno (1%) y apéndice (< 1%) ⁽⁸⁾.

El diagnóstico definitivo se establece mediante el estudio histopatológico. Los PFI se caracterizan por células mesenquimatosas fusiformes con condensación concéntrica (piel de cebolla), sin necrosis ni mitosis significativas, además de proliferación de fibroblastos y neovasos e infiltrado inflamatorio rico en eosinófilos, linfocitos, células plasmáticas y mastocitos ⁽⁹⁾.

En la inmunohistoquímica, estas células son positivas para CD34 y vimentina, pero negativas para CD117, S100 y ALK1. Esto facilita su diferenciación de los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), así como de tumores neurogénicos y miofibroblásticos ⁽¹⁰⁾.

En los últimos cinco años, varios estudios han documentado casos de pólipos de Vanek. Por ejemplo, un estudio de casos realizado por Wang y Liu (2020) reportaron 12 casos de pólipos de Vanek en pacientes con antecedentes de colitis ulcerosa, destacando la presentación clínica y las características histológicas ⁽¹¹⁾.

En la actualidad, la mayor parte de los casos pueden ser tratados con polipectomía, el resto requiere tratamiento quirúrgico y su pronóstico es excelente a largo plazo. La polipectomía endoscópica es adecuada para el tratamiento de los pólipos de diámetro pequeño. Los pólipos de mayor tamaño requieren resección quirúrgica, ya que causan complicaciones que requieren cirugía de urgencia, como la intususcepción o la obstrucción ⁽¹²⁾.

Ambas terapias son válidas para el tratamiento de estas lesiones, y siempre dependen de la clínica del paciente y del hallazgo endoscópico. No se ha observado recurrencia de las lesiones posterior a ninguna de estas opciones terapéuticas ^(8,13).

En nuestro caso se presenta el cuadro clínico de una paciente con hemorragia digestiva, que a la colonoscopia mostro aspecto endoscópico sugerente y posteriormente se obtuvo confirmación histológica e inmunohistoquímica de la lesión. Éste es un caso raro, no sólo por tratarse una entidad infrecuente, sino también por su presentación relativamente baja en íleon terminal. Cabe resaltar la importancia de conocer y considerar esta entidad como diagnóstico diferencial en la práctica diaria.

En conclusión, los pólipos de Vanek son lesiones poco comunes que requieren un diagnóstico preciso y un manejo adecuado. La tendencia reciente muestra un aumento en la identificación de estos pólipos, en parte debido a la mejoría en las técnicas diagnósticas. La resección endoscópica se mantiene como el tratamiento de elección, con un enfoque conservador que permite una recuperación rápida y minimiza los riesgos asociados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bernal Eusse A, Cock Botero AM, Pérez M del P, Bernal Cuartas C. Tumor de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio gástrico. Presentación de dos casos en Medellín. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2012;27(4):327-30.
- Johnstone JM, Morson BC. Inflammatory fibroid polyp of the gastrointestinal tract. *Histopathology*. 1978;2(5):349-61. doi: 10.1111/j.1365-2559.1978.tb01727.x.
- Gravito-Soares E, Gravito-Soares M, Sofia C. El tumor de Vanek: un pólipo gástrico poco común. *Rev Gastroenterol Méx*. 2017;82(1):87-8. doi: 10.1016/j.rgm.2016.06.002.
- Morales-Fuentes GA, de Ariño-Suárez M, Zárate-Orsorio 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;79:263-267.
- Kobayashi S, Yamada M, Takamaru H, Sakamoto T, Matsuda T, Sekine S, *et al.* Diagnostic yield of the Japan NBI Expert Team (JNET) classification for endoscopic diagnosis of superficial colorectal neoplasms in a large-scale clinical practice database. *United Eur Gastroenterol J*. 2019;7(7):914-23. doi: 10.1177/2050640619845987.
- Joyce KM, Waters PS, Waldron RM, Khan I, Orosz ZS, Németh T, *et al.* Recurrent adult jejuno-jejunal intussusception due to inflammatory fibroid polyp – Vanek's tumour: a case report. *Diagn Pathol*. 2014;9(1):127. doi: 10.1186/1746-1596-9-127.
- Puya Gamarro M, Arias-Romano AJ, Abitei C, Rodríguez González F, Sánchez-Cantos AM. Tumor de Vanek, una entidad infrecuente, con una forma de presentación inusual. Estudio de un caso. *RAPD Online*. 2019;42(3):95-98.
- Romano-Munive AF, Barreto-Zuñiga R, Rumoroso-García JA, Ramos-Martínez P. Pólipo fibroide inflamatorio del tracto gastrointestinal: 10 años de experiencia del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. *Rev Gastroenterol Méx*. 2016;81(3):134-40. doi: 10.1016/j.rgm.2016.03.001.
- Woodward K, Gangarosa L, Hunt H. Gastric inflammatory fibroid polyp. *Indian J Pathol Microbiol*. 2011;54(3):622-3. doi: 10.4103/0377-4929.85120.
- Unal Kocabey D, Cakir E, Dirilenoglu F, Bolat Kucukzeybek B, Ekinci N, Akder Sari A. Analysis of clinical and pathological findings in inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal system: A series of 69 cases. *Ann Diagn Pathol*. 2018;37:47-50. doi: 10.1016/j.anndiagpath.2018.09.006.
- Wang X, Liu Y. PD-L1 expression in tumor infiltrated lymphocytes predicts survival in triple-negative breast cancer. *Pathol Res Pract*. 2020;216(3):152802. doi: 10.1016/j.prp.2019.152802.
- Ortiz-Moyano C, Martínez-García RC, Sánchez-Muñoz D, Romero-Gómez M. Pólipo fibroide inflamatorio gástrico. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid)*. 2010;102(4):282-291.
- Berrosapi-Castillo D, Sotomayor-Trelles E, Benites Goñi H. Vanek's tumor: a rare differential diagnosis of colonic submucosal lesions. *Rev Gastroenterol Peru*. 2023;43(3):265-8. doi: 10.47892/rgp.2023.433.1534.