



Tumor fibroso calcificante en válvula ileocecal: Resección mediante hemicolectomía laparoscópica D3. Reporte de un caso



Cesar Iván López-Aguirre,* Mónica De Jesús-Mosso,† Cindy Belen Larumbe-Hernández,†
Jesús Alberto Bahena-Aponte,† Jorge González,‡ Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia,†
María Victoria Hernández Martínez,|| Gerardo Vázquez Rodríguez,¶ Quintín Héctor González-Contreras§

* Médico residente, 3er año de cirugía general, adscrito al Hospital General "Dr. Jesús Gilberto Gómez Maza".

† Clínica de Gastroenterología Integral y Nutrición, Hospital SAI HMG. ‡ Intership, Houston Methodist Hospital.

|| Anestesiólogo adjunto. Clínica de Gastroenterología Integral y Nutrición, Hospital SAI HMG. § Cirujano general titular; adjunto al Hospital "Dr. Jesús Gilberto Gómez Maza".

¶ Cirugía General y Coloproctología. Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición, Hospital SAI HMG. CDMX.

Calcifying fibrous tumor of the ileocecal valve: Resection via laparoscopic hemicolectomy D3. Case report

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 14 Núm. 4 / Octubre-Diciembre, 2025 / p. 132-137

RESUMEN

El tumor fibroso calcificante (TFC) es una lesión mesenquimal benigna extremadamente rara, con muy pocos casos descritos a nivel del colon y la válvula ileocecal. Predomina en adultos jóvenes, especialmente en mujeres, y suele diagnosticarse como un hallazgo incidental, ya que sus manifestaciones clínicas pueden ser inespecíficas o leves.

Se presenta el caso de paciente masculino de 44 años, sin antecedentes crónico-degenerativos de importancia, quien presenta rectorragias recurrentes durante dos años, a quien se realizan tres endoscopias las cuales reportan una probable lesión submucosa en la válvula ileocecal, con resultados histopatológicos no concluyentes y persistencia de los síntomas. La tomografía computarizada confirma la presencia de una lesión en la válvula ileocecal, por lo que se decide realizar hemicolectomía laparoscópica derecha D3 con ileotransverso anastomosis latero-lateral intracorpórea. El paciente desarrolla evolución posquirúrgica favorable.

Este caso subraya la importancia de considerar al TFC dentro del diagnóstico diferencial de masas abdominales, tanto en hallazgos incidentales como en cuadros con sintomatología crónica o aguda. Se estima que hasta el 30% de los pacientes pueden ser asintomáticos. La tomografía computarizada y la biopsia son herramientas clave para su diagnóstico. Además, este caso enfatiza la

ABSTRACT

Calcifying fibrous tumor (CFT) is an extremely rare benign mesenchymal lesion, with very few cases reported in the colon and ileocecal valve. It predominantly affects young adults, especially females, and is often diagnosed incidentally due to its nonspecific or mild clinical manifestations.

We present the case of a 44 year-old male patient with no significant chronic or degenerative medical history, who experienced recurrent rectorrhagia over a two-year period. Three endoscopic examinations revealed a probable submucosal lesion in the ileocecal valve, with inconclusive histopathological results and persistent symptoms. Computerized tomography confirmed the presence of a lesion in the ileocecal valve, leading to the decision to perform a laparoscopic right D3 hemicolectomy with intracorporeal side-to-side ileotransverse anastomosis. The patient had a favorable postoperative recovery.

This case highlights the importance of including CFT in the differential diagnosis of abdominal masses, both as incidental findings and in patients presenting with chronic or acute symptoms. It is estimated that up to 30% of patients may be asymptomatic. Computerized tomography and biopsy are key diagnostic tools. Furthermore, this case emphasizes the need to recognize rare entities that may mimic other lesions and complicate diagnosis.

Correspondencia:

Dr. Quintín Héctor González-Contreras
Correo electrónico: quinhec@hotmail.com

importancia de conocer entidades poco frecuentes que pueden simular otras lesiones y dificultar el diagnóstico.

Palabras clave. Tumor fibroso calcificante, válvula ileocecal, hemicolectomía laparoscópica, rectorragia recurrente, tumores gastrointestinales raros.

Key words. Calcifying fibrous tumor, ileocecal valve, laparoscopic hemicolectomy, recurrent rectorrhagia, rare gastrointestinal tumors.

INTRODUCCIÓN

El tumor fibroso calcificante (TFC) es una lesión mesenquimal benigna, poco frecuente y de crecimiento lento. Histológicamente, se caracteriza por estar compuesto de abundante colágeno hialinizado denso, bien circunscrito, con infiltrado linfoplasmocitario, células fusiformes agregadas y calcificaciones linfoides.¹

Este tumor fue descrito por primera vez por Rosenthal, *et al.*, en 1988.² Desde entonces, se han reportado casos en adultos,

lo que amplió el espectro de presentación inicialmente atribuido a pacientes jóvenes. Los TFC pueden presentarse como lesiones únicas o múltiples y también han sido descritos como pseudotumores fibrosos calcificantes. Se han documentado en múltiples sitios anatómicos, incluyendo pleura, mediastino, corazón, pulmón, cuello, mandíbula, columna vertebral y espalda, siendo más frecuentes en tejidos blandos de personas jóvenes. Sin embargo, estudios recientes han informado su presencia en vísceras de pacientes de mediana edad, siendo estas localizaciones poco documentadas hasta la actualidad.³

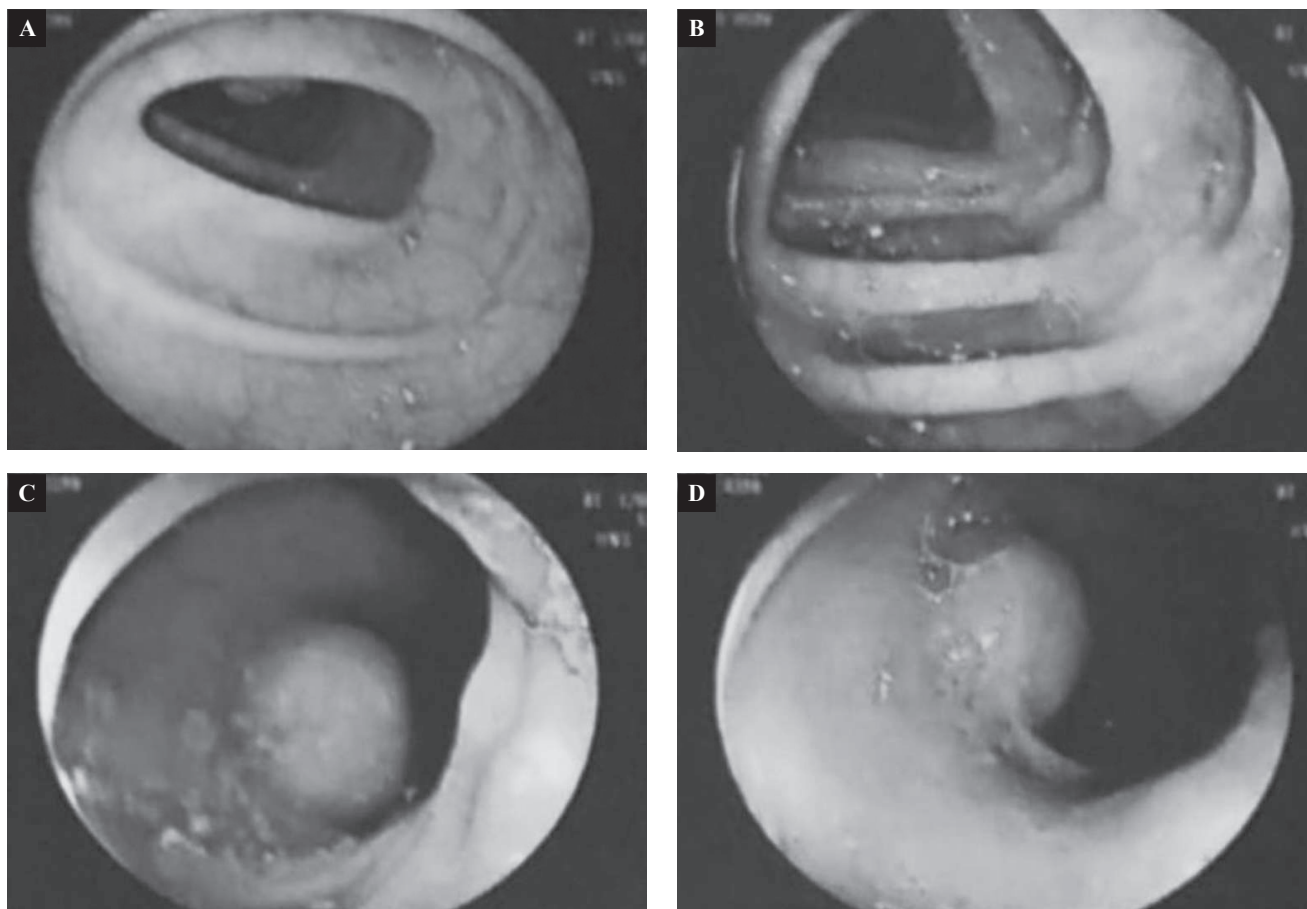


Figura 1. Imagen por colonoscopia en la cual se observa lesión nodular submucosa de aproximadamente 3 cm en la válvula ileocecal, con un diámetro de 15 mm y mucosa superficial aparentemente sin alteraciones.

En el tracto gastrointestinal, el TFC suele localizarse en la submucosa, siendo el estómago la localización más común, seguido por el intestino delgado y el colon.⁴ Afecta a ambos géneros, aunque se ha observado un ligero predominio femenino (56%) y una edad media de presentación de 33.5 años.⁴

En esta localización, los TFC suelen ser hallazgos incidentales, con una presentación clínica variable que va desde pacientes asintomáticos hasta casos con obstrucción intestinal o perforación. Es fundamental establecer un diagnóstico diferencial con otras neoplasias intestinales.¹

El tratamiento depende de la localización y la sintomatología, y consiste principalmente en la resección quirúrgica local, con buen pronóstico. Se ha descrito una tasa de recurrencia local de hasta el 20%, sin evidencia de transformación maligna en la literatura disponible.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 44 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, quien inicia su padecimiento con episodios ocasionales de rectorragia, con una evolución de aproximadamente dos años. Con el tiempo, estos episodios se hicieron recurrentes, por lo que acude a valoración gastroenterología.

Se realiza una primera colonoscopia, donde se identifica una lesión submucosa de aproximadamente 3 cm en la válvula ileocecal, con un diámetro de 15 mm y mucosa superficial aparentemente sin alteraciones (*Figura 1*). Debido a la persistencia del cuadro clínico, se realiza una segunda colonoscopia dos años después, en la cual se observa una lesión submucosa en el íleon distal con obstrucción parcial de la

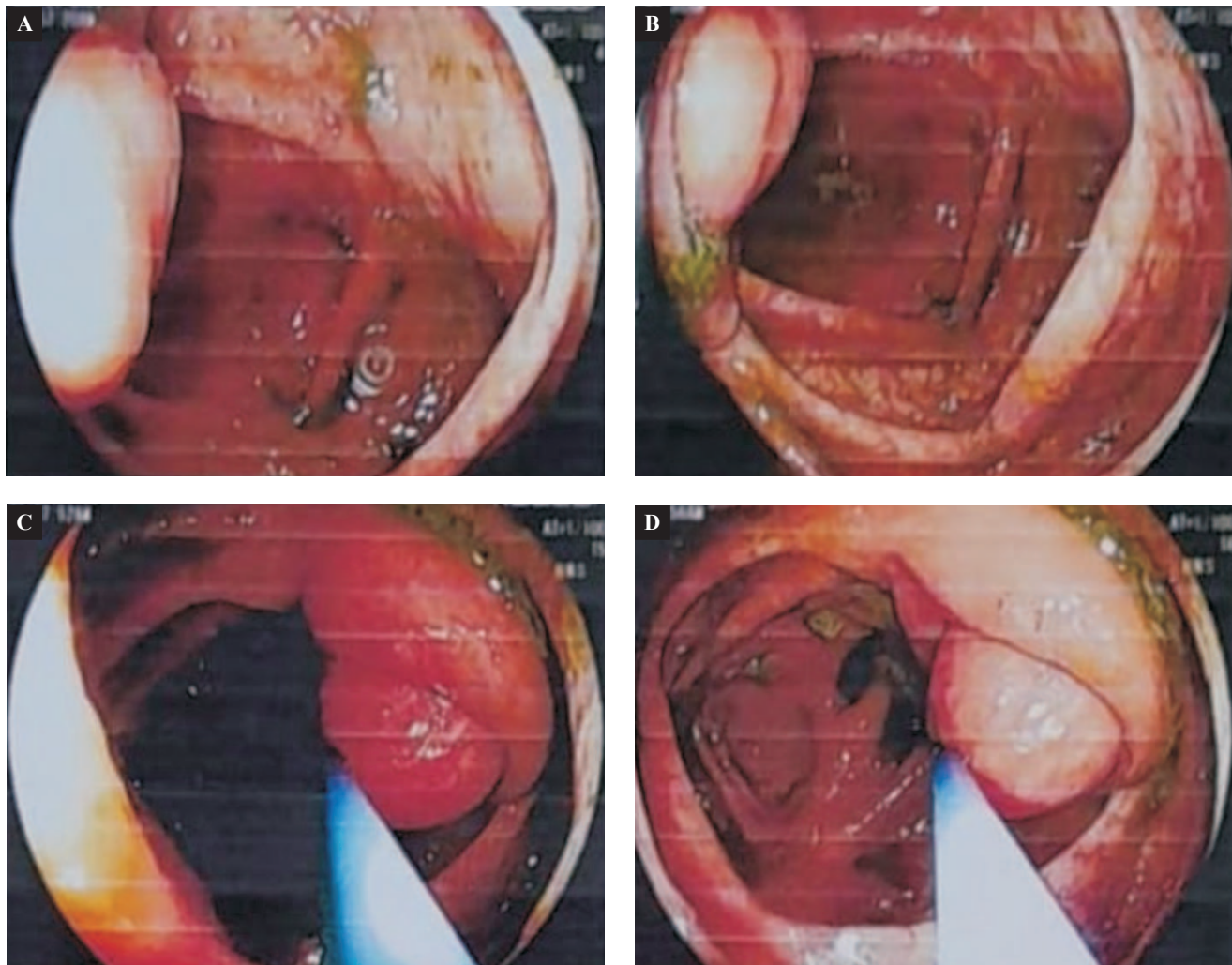


Figura 2. Imagen de la segunda colonoscopia en la cual se observó una lesión submucosa en el íleon distal con obstrucción parcial de la válvula ileocecal, con crecimiento respecto al estudio previo.

válvula ileocecal, con crecimiento respecto al estudio previo (Figura 2). Se realiza biopsias de la mucosa que recubre la lesión, cuyos resultados reportan únicamente ileitis crónica y aguda intensa, sin hallazgos específicos en ambas ocasiones.

Ante la persistencia del sangrado y la progresión de la lesión, se solicita tomografía abdominal con contraste intravenoso, en la que se evidencia lesión nodular de 25 x 14 mm, ubicada en el íleon terminal, adyacente a la válvula ileocecal, sin realce al contraste. Posteriormente, se realiza una tercera colonoscopia, en la que se observa una masa esférica de aproximadamente 3 x 2 cm que obstruye completamente la luz intestinal, con cambios leves en el patrón mucoso.

Con base en estos hallazgos, se decide intervenir quirúrgicamente con fines oncológicos, se realiza hemicolectomía derecha laparoscópica D3 con anastomosis íleo-cólica intracorpórea latero-lateral isoperistáltica. Durante el procedimiento, se confirma la presencia de lesión submucosa en el íleon terminal, a nivel de la válvula ileocecal, que ocasionaba obstrucción parcial.

El paciente presenta evolución postoperatoria favorable. Inicia dieta líquida a las 24 horas y progresa adecuadamente

a dieta blanda a las 48 horas, con tránsito intestinal conservado, tolerancia vía oral, deambulación temprana y estabilidad hemodinámica, por lo que egresa al tercer día postoperatorio.

El espécimen quirúrgico enviado a patología corresponde a un segmento intestinal de 14.8 x 9 cm. Al corte se observa lesión pediculada y submucosa localizada en la válvula ileocecal, de 2.2 x 2 x 1.9 cm, que ocluye aproximadamente el 90% de la luz intestinal y protruye hacia el ciego. Macroscópicamente, la lesión es de color marrón claro, con aspecto arremolinado y consistencia aumentada. El estudio histopatológico confirma el diagnóstico de TFC en válvula ileocecal (Figura 3).

DISCUSIÓN

El TFC, también llamado pseudotumor fibroso calcificante, es un tumor benigno poco frecuente, con predilección por niños y adultos jóvenes. Se presenta típicamente como un nódulo circunscrito en tejidos blandos subcutáneos o profundos, o en otras localizaciones viscerales.⁵ La localización ileal es poco frecuente, con solo unos pocos casos reportados

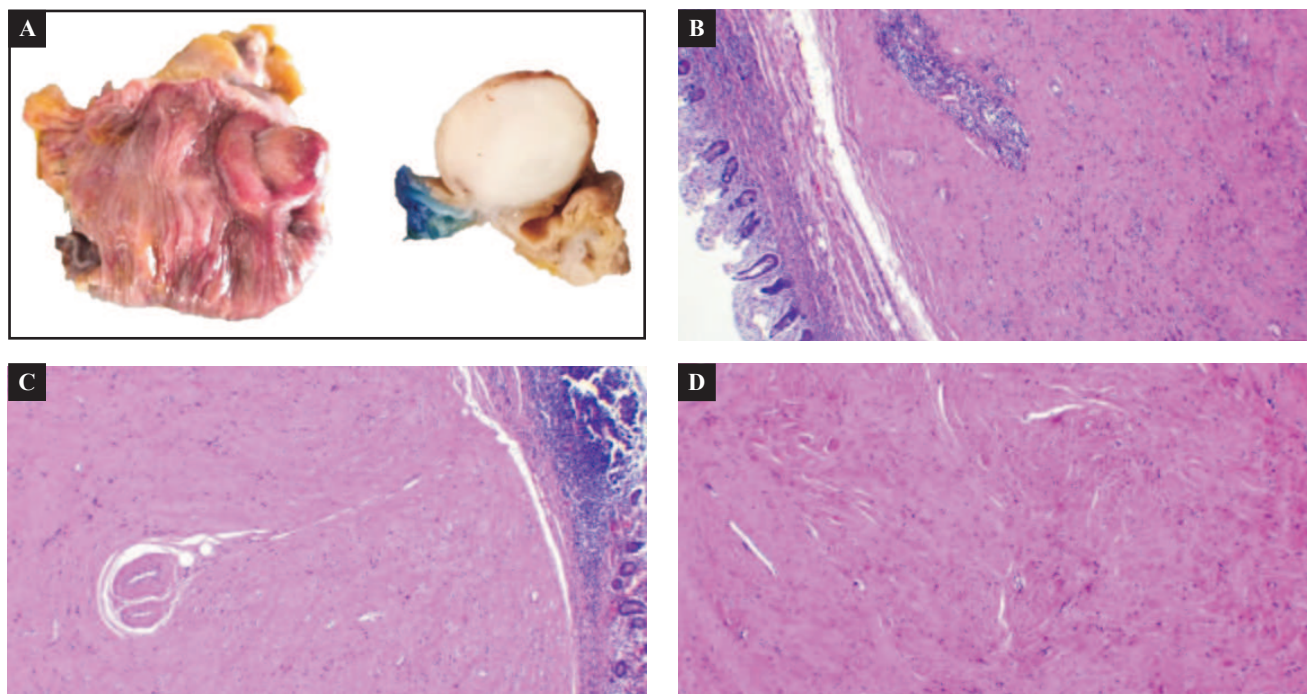


Figura 3. Imagen macroscópica de espécimen intestinal conformado por segmento de íleon distal de 3.8 x 2.2 cm, ciego de 6.6 x 4.9 cm y apéndice cecal de 10 x 0.5 cm, recubierto por mesocolon de 11.2 x 8 x 1.9 cm. La serosa es café rojizo lisa, brillante. Al corte se observa tumor pedunculado y submucoso en válvula ileocecal de 2.2 x 2 x 1.9 cm que ocluye el 90% de la luz y protruye hacia el ciego, la superficie del tumor es café rojiza y brillante. Al corte el tumor es café claro opaco de aspecto arremolinado y de consistencia incrementada, el tumor dista a 0.2 cm del margen del íleon, a 6.5 cm del margen de colon. Histológicamente se aprecia, proliferaciones de células fusiformes hipocelulares bien circunscritas y no encapsuladas, incrustadas en abundante colágeno hialinizado. El estroma hialinizado con inflamación crónica prominente, calcificación y reacción linfoplasmocítica.

en la literatura.⁶ Por lo tanto, es probable que se confunda con lesiones fusiformes más comunes del tracto gastrointestinal, especialmente tumores desmoides y tumores del estroma gastrointestinal (GIST).⁵

El reconocimiento del TFC como una entidad clinicopatológica distinta se atribuye a Rosenthal y Abdul-Karim, quienes describieron dos casos de tumor fibroso infantil con cuerpos de Psammoma en 1988.^{2,5} Fetch, *et al.*, informaron de 10 casos de una lesión fibrosa benigna distintiva y fueron los primeros en utilizar el término “pseudotumor fibroso calcificante”. El término “pseudotumor” se utilizó para reflejar la creencia de que el proceso *subyacente* era muy probablemente inflamatorio.⁷ Sin embargo, Nascimento, *et al.*, sugirieron que se trata de una verdadera neoplasia con tendencia a la recurrencia local.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el nombre de esta lesión en 2002 como “tumor fibroso calcificante” en la clasificación recientemente publicada de tumores de tejidos blandos y huesos.¹

El TFC tiene predilección por adultos con una edad media de 49.2 años y se presenta ligeramente más a menudo en mujeres.³ Sin embargo, la literatura refiere que los TFC de intestino delgado y colon específicamente son tumores del sujeto joven, sin predilección de género, con edades que oscilan entre 1 y 71 años.⁸

La patogénesis y la causa del tumor fibroso siguen siendo inciertas, aunque la evidencia emergente sugiere que estas lesiones pueden estar fisiopatológicamente asociadas con otras lesiones inflamatorias como la enfermedad relacionada con IgG4 (IgG4-RD), tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT), enfermedad de Castleman tipo vascular hialino o la transformación nodular angioma-toide esclerosante del bazo (SANT). Los TFC pueden representar una manifestación tardía de cualquiera de estas lesiones. Alternativamente, los TFC pueden representar una manifestación terminal de una variedad de procesos inflamatorios y escleróticos, sin una etiología específica. Esto puede explicar la asociación del TFC con tal variedad de otras lesiones. Otros factores genéticos y/o ambientales, como el trauma, pueden contribuir a la formación del TFC, y las etiologías pueden diferir según el sitio anatómico.³

Los TFC son más comúnmente asintomáticos y se descubren incidentalmente. Cuando están presentes, los síntomas son inespecíficos y más comúnmente incluyen dolor y malestar abdominal. Los síntomas adicionales incluyen falta de apetito, fiebre, pérdida de peso, fatiga, dispepsia, flatulencia, halitosis, náuseas, vómitos, rectorragia, hematoquecia y hábitos intestinales alterados. En ocasiones, se asocian con manifestaciones más graves, como obstrucción, invaginación y vólvulo, según la localización del TFC.³

El diagnóstico se basa en hallazgos de imágenes y en los hallazgos patológicos (apariencia histológica y estudios

inmunohistoquímicos), debido a la heterogeneidad de los síntomas.¹ Solo los informes poco frecuentes de TFC gastrointestinales contienen hallazgos imagenológicos bien documentados. La ecografía endoscópica puede revelar una masa hipoeoica con calcificaciones hiperecoicas internas; además, puede observarse el sombreado acústico. La tomografía computarizada identifica una masa bien delimitada con realce leve y calcificaciones dispersas. Un estudio describe los hallazgos de resonancia magnética como intensidad de isoseñal en imágenes potenciadas en T1 con gadolinio y como intensidad de hiposeñal en imágenes potenciadas en T2. En la visualización directa o endoscópica, la mayoría se reconocen como nódulos subserosos o submucosos.^{1,9}

Histológicamente, se caracteriza por proliferaciones de células fusiformes hipocelulares bien circunscritas y no encapsuladas, incrustadas en abundante colágeno hialinizado. El colágeno puede estar dispuesto en un patrón aleatorio o en espiral. La necrosis está universalmente ausente; las calcificaciones dispersas son comunes y pueden ser psamomatosas o distróficas. Un infiltrado linfoplasmocitario está siempre presente y ocasionalmente puede formar folículos linfoides que a su vez pueden tener centros germinales. El atrapamiento de nervios solo se observa en raras ocasiones.^{9,10}

Inmunohistoquímicamente, las células fusiformes presentan tinción positiva para CD34, vimentina y factor XIIIa. Las inmunotinciones para actina de músculo liso, actina específica de músculo, ALK (quinasa de linfoma anaplásico), desmina, S100, citoqueratina, DOG1 (proteína presente en tumores del estroma gastrointestinal) y c-kit suelen ser negativas.^{10,11}

El diagnóstico diferencial de los tumores fibrosos gastrointestinales (TFG) incluye predominantemente lesiones mesenquimales de células fusiformes y afecciones inflamatorias. Las neoplasias mesenquimales que se incluyen con mayor frecuencia en el diagnóstico diferencial son el tumor del estroma gastrointestinal (GIST), el tumor miofibroblástico inflamatorio, el schwannoma, el leiomioma hialinizado, el tumor fibroso solitario, el tumor fibroso nodular reactivo, el fibroma de Gardner y la mesenteritis esclerosante.⁹

El pronóstico del TFC sigue siendo bueno en la mayoría de los casos. Sin embargo, puede producirse recurrencia local después de una cirugía completa o incompleta. La tasa de recurrencia varía del 17 al 30% en estudios con las series más grandes de TFC.¹²

El tratamiento del TFC se centra principalmente en la resección quirúrgica.⁹ Los tumores fibrosos calcificantes intestinales se han tratado predominantemente mediante resección segmentaria, aunque también se ha realizado enucleación. La mayoría de los autores coinciden en que el TFC debe ser excisado una vez diagnosticado. La escisión local es el enfoque terapéutico preferido para los TFC. Hay dos

tipos de escisión recomendados en la literatura: la escisión quirúrgica abierta y la endoscópica.¹

En la mayoría de los casos se opta por la escisión quirúrgica clásica, lo que lleva a la conclusión de que la escisión quirúrgica abierta tiene un papel predominante en el tratamiento del tumor fibroso calcificante hasta la fecha. Existen pocas referencias en la literatura sobre tratamientos mediante escisión endoscópica.¹ La cirugía laparoscópica se ha utilizado en varios casos para la exéresis del tumor, presentando excelentes resultados. En el caso presentado se hace referencia a una resección mediante hemicolectomía laparoscópica D3 de un TFC, con adecuada evolución clínica y mejoría de los síntomas generados por esta entidad.

CONCLUSIÓN

El TFC es una entidad poco frecuente que, aunque ha sido escasamente reportada, presenta un incremento en las series de casos en localizaciones gastrointestinales. Afecta principalmente a personas jóvenes, sin predilección por sexo. Es crucial identificar esta patología, ya que su presentación clínica suele ser inespecífica y puede manifestarse con una variedad de síntomas, dificultando su diagnóstico precoz.

El diagnóstico definitivo se basa en estudios histopatológicos e inmunohistoquímicos, dado que sus características pueden mimetizar otras neoplasias tumorales. Los casos en intestino delgado son raros, y el presente reporte constituye uno de los pocos descritos a nivel de la válvula ileocecal. Ante síntomas y hallazgos radiológicos no específicos, es importante mantener una alta sospecha clínica y realizar estudios complementarios como tomografía computarizada y biopsia para confirmar el diagnóstico en esta entidad poco conocida.

El tratamiento quirúrgico, principalmente la escisión local, es el abordaje más efectivo y frecuentemente documentado. Aunque la cirugía abierta ha sido el método convencional, la cirugía laparoscópica, reportada en pocos casos, ofrece beneficios significativos en términos de recuperación y resultados postoperatorios. Sin embargo, debe considerarse que, pese a su naturaleza benigna, el tumor fibroso calcificante presenta una tasa significativa de recurrencia local, lo que implica la necesidad de un seguimiento clínico estrecho después de la resección.

Es necesario profundizar en la investigación y documentación de esta patología para mejorar su diagnóstico, manejo y pronóstico, dado que su reconocimiento está en aumento y podría volverse más frecuente en la práctica clínica diaria.

REFERENCIAS

1. Chorti A, Papavramidis TS, Michalopoulos A. Tumor fibroso calcificante. Revision de 157 pacientes reportados en la literatura internacional. *Medicina* 2016; 95(20): e3690
2. Rosenthal NS, Abdul-Karim FW. Tumor fibroso infantil con cuerpos de Psamoma. *Archivos de patología y medicina de laboratorio* 1988; 112(8): 798-800.
3. Turbiville D, Zhang X. Tumor fibroso calcificante del tracto gastrointestinal. *World Journal of Gastroenterology* 2020; 26(37): 5597-5605.
4. Elsarraj H, Hamza A. Tumor fibroso calcificante. *Autopsy Case Reports* 2022; 12: e2021400.
5. Emanuel P, Qin L, Harpaz N. Calcifying fibrous tumor of small intestine. *Ann Diagn Pathol* 2008; 12(2): 138-41.
6. Ibrahim Z, Bahi A, Nizar G, El Mustapha H. Calcifying fibrous tumor of the small intestine. *Journal of Surgical Case Reports* 2025; 3.
7. Fetsch JF, Montgomery EA, Meis JM. Calcifying fibrous pseudotumor. *Am J Surg Pathol* 1993; 17(5): 502-8
8. Efares B, Chbani L, Sidibé IS, El Boukhari K, Harmouch T. Douleur de la fosse iliaque droite révélant une tumeur fibreuse calcifiante du méso appendiculaire. *Journal Africain d'Hépatogastroentérologie* 2016; 10: 102-4.
9. Brent K, Larson DD. Calcifying Fibrous Tumor of the Gastrointestinal Tract. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 2015; 139(7): 943-7.
10. Pezhohu MK, Rezaei MK, Shabihkhani M, Ghosh A, et al. Clinicopathologic study of calcifying fibrous tumor of the gastrointestinal tract: a case series. *Human Pathology* 2017; 62: 199-205.
11. Zhou J, Zhou L, Wu S, Li R, Yang X, Xu H, Zheng S, et al. Clinicopathologic Study of Calcifying Fibrous Tumor Emphasizing Different Anatomical Distribution and Favorable Prognosis. *Biomed Res Int* 2019: 5026860.
12. Im S, Jung JH, Yoo C, Choi HJ, Yoo J, Kang CS. Calcifying fibrous tumor presenting as rectal submucosal tumor: first case reported in rectum. *World Journal of Surgical Oncology* 2014; 12: 28.