

G Chir Vol. 28 - n. 8/9 - pp. 327-329
 Agosto-Settembre 2007

Resezione endoscopica di un emangioma dello stomaco: a proposito di un caso clinico

G. LEONETTI, M. PAOLETTI, A. MARCHEGGIANO¹, A. FORTE, A. COVOTTA

RIASSUNTO: Resezione endoscopica di un emangioma dello stomaco: a proposito di un caso clinico.

G. LEONETTI, M. PAOLETTI, A. MARCHEGGIANO, A. FORTE, A. COVOTTA

Gli emangiomi gastrici rappresentano una infrequente varietà istologica di neoplasie benigne del tratto gastrointestinale. La diagnosi si avvale di diverse metodiche d'imaging ma la certezza si ottiene solo con l'esame istologico definitivo. La resezione per via endoscopica, rispettando alcuni criteri, rappresenta il trattamento di scelta per queste lesioni.

Gli Autori presentano un caso di emangioma cavernoso della piccola curva gastrica, diagnosticato e trattato mediante approccio endoscopico.

SUMMARY: Endoscopic resection of a gastric haemangioma: case report.

G. LEONETTI, M. PAOLETTI, A. MARCHEGGIANO, A. FORTE, A. COVOTTA

Gastric haemangiomas are an infrequent histological type of gastrointestinal benign tumors. Diagnosis is based on imaging but only pathological examination can give certainty. Endoscopic resection, according some specific criteria, is the gold standard procedure.

Authors present a case of cavernous haemangioma diagnosed and treated by endoscopic procedure.

KEY WORDS: Emangioma gastrico - Trattamento endoscopico.
 Gastric haemangioma - Endoscopic treatment.

Premessa

Gli emangiomi gastrici sono neoplasie benigne estremamente rare rappresentando circa lo 0.05% di tutti i tumori del tratto gastrointestinale (1).

I sintomi clinici sono in genere vaghi e la diagnosi preoperatoria è spesso indaginosa. Infatti, tali neoplasie all'esame endoscopico appaiono, in genere, come neoformazioni al di sotto della mucosa. Ciò rende difficile l'esecuzione di prelievi biotici che, per di più, possono non dare certezza diagnostica (2).

Grazie al miglioramento delle metodiche diagnostiche (ecoendoscopia, in particolare), è oggi possibile

porre diagnosi e quindi procedere alla resezione di tali lesioni per via endoscopica, con rischi contenuti e buoni risultati.

Viene di seguito presentato un raro caso di emangioma cavernoso della piccola curva gastrica, diagnosticato e trattato mediante approccio endoscopico.

Caso clinico

O. R., donna, 84 anni, giungeva alla nostra osservazione per un quadro clinico caratterizzato da anemia sideropenica, episodi dolorosi gastrici di tipo colico e astenia ingravescente.

L'anamnesi era positiva per ipertensione arteriosa, osteoartrosi, diverticolosi del colon e negativa per pregressi interventi chirurgici.

Gli esami di laboratorio erano nella norma ad eccezione del valore dell'Hb pari a 9.7 g/dl.

Nel corso dell'iter diagnostico la paziente era sottoposta a esofagogastroduodenoscopia e pancolonscopia. La prima mostrava "la presenza di una grossa formazione polipoide sessile, di 3 cm di diametro, a carico della piccola curva gastrica, congesta ed ulcerata che viene ripetutamente biotizzata; la pancolonscopia rilevava "la presenza di numerosi diverticoli in tutto il colon non in preda a flogosi".

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
 Dipartimento di Scienza Chirurgiche "F. Durante"
 (Direttore: Prof. F. Vietri)

¹ Dipartimento di Scienze Cliniche
 Cattedra di Gastroenterologia - CAB05
 (Direttore: Prof. E. D'Erasmus)

© Copyright 2007, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Il referto istopatologico delle biopsie effettuate documentava "mucosa gastrica con iperplasia dell'epitelio foveolare come da prelievo su polipo iperplasiogeno. Ricerca dell'*Helicobacter pylori* negativa".

Sulla base di tale referto si decideva di sottoporre la paziente a polipectomia endoscopica. Il polipo veniva infiltrato con 20 cc di soluzione fisiologica ed elettroresecato con ansa diatermica; pur non essendosi verificata alcuna perdita ematica, sui margini e sul fondo del cratere ulceroso residuo veniva effettuato un trattamento con laser argon-plasma (flusso 1, potenza 35 watt) e, al termine dell'esame, veniva immediatamente somministrata endovena una fiala di pantoprazolo da 40 mg.

Non si sono avute complicazioni; la paziente ha continuato la terapia con inibitori di pompa per os al dosaggio di 40 mg 2 cpr/die. In quarta giornata la paziente è stata dimessa. L'esame istopatologico (Figg. 1) del pezzo operatorio deponiva per emangioma cavernoso.

A distanza di 4 mesi la paziente è asintomatica.

Discussione

La prima descrizione di un emangioma gastrico risale a Lammers nel 1983.

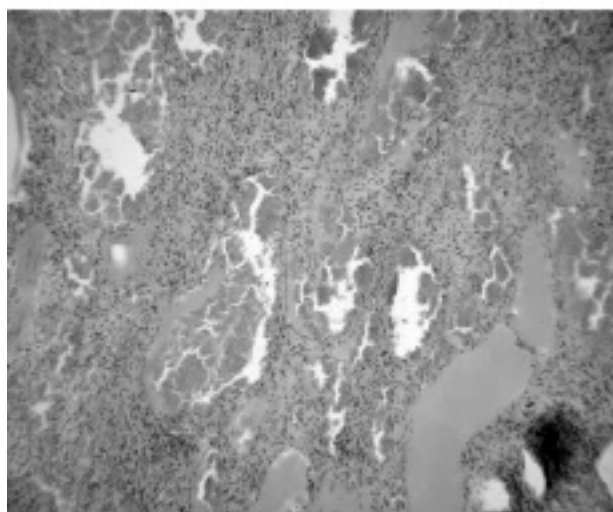
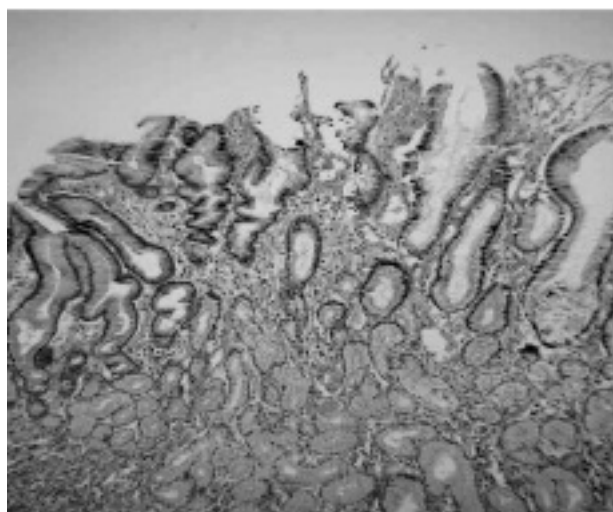
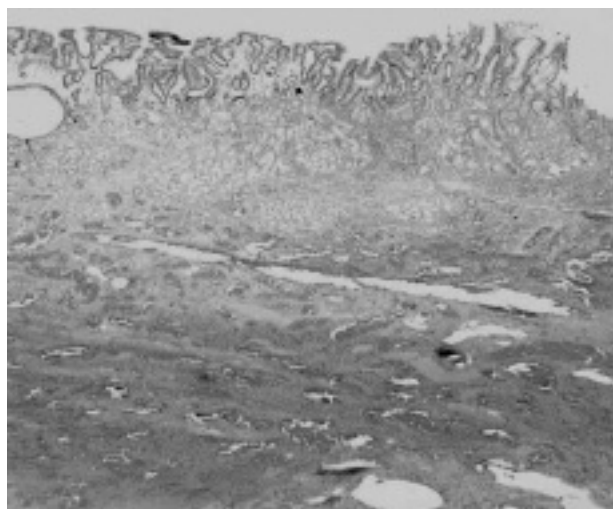
La classificazione prevede la distinzione tra emangiomi capillari, cavernosi, di tipo misto e associati a varie sindromi (3). Possono essere singoli o multipli, associarsi a malformazioni cutanee vascolari e interessare qualsiasi età ma, nella maggior parte dei casi, si sviluppano negli adulti.

La sintomatologia clinica è vaga; si possono avere segni e sintomi da sanguinamento, ma il quadro clinico può rimanere paucisintomatico (4).

La diagnosi preoperatoria è difficile da porre sia perché si tratta di lesioni di piccole dimensioni sia perché gran parte degli emangiomi si presentano come neoformazioni isolate della sottomucosa. Questa localizzazione rende meno agevole l'esecuzione di prelievi biotici e a volte, come nel nostro caso, tali prelievi possono non essere dirimenti.

In letteratura è ben noto il contributo dell'endoscopia, dell'endoultrasonografia (EUS) e della TC (5). La prima aiuta ad evidenziare gli emangiomi come sessili o pedunculati, comunque ricoperti da mucosa congesta per la ricca vascolarizzazione sottostante; la seconda rileva masse ipoecogene dai contorni definiti e netti ed è fondamentale per chiarire i rapporti della neoformazione rispetto agli strati della parete gastrica; la TC con mezzo di contrasto mostra invece aree ad alta densità. Può risultare utile anche l'esame angiografico per evidenziare la vascolarizzazione della neoformazione (6).

Il trattamento di scelta per tali tumori era fino a qualche anno fa un intervento chirurgico aggressivo ma, grazie all'introduzione di nuove tecniche e strumenti endoscopici, oggi è possibile procedere alla loro resezione per via endoscopica (7). Devono però essere rispettati alcuni criteri; in particolare, il tumore deve essere confinato alla sottomucosa senza invadere gli



Figg. 1 - Esame istopatologico: emangioma cavernoso.

strati sottostanti, non ci deve essere presenza di vascolarizzazione all'EUS e le dimensioni devono essere inferiori ai 3 cm (8). Nel nostro caso ci siamo fidati del referto istopatologico delle biopsie gastriche.

Oggi possiamo sostenere, sulla base dell'esperienza maturata, che è indispensabile, quando si reperta una neoformazione gastrica isolata di dubbia natura, ricorrere per un approfondimento diagnostico alle citate tecniche d'*imaging* prima di procedere ad un trattamento, anche in presenza di biopsie negative.

Conclusioni

Nel nostro caso l'emangioma cavernoso gastrico, misconosciuto preoperatoriamente, è stato trattato per via endoscopica senza complicanze e recidive.

La resezione di tali lesioni per via endoscopica va eseguita solo previa esecuzione di metodiche d'*imaging* che meglio caratterizzino la lesione e orientino verso l'approccio terapeutico appropriato per minimizzare possibili complicanze.

Bibliografia

1. Wan YL, Eng HL, Lee TY, et al. Computed tomography of an exophytic gastric haemangioma with torsion and intratumoral hamorrhage. *Clin Imaging* 1993;17:210-2.
2. Eongiovi JJ Jr, Duffy JL. Gastric haemangioma associated with upper gastrointestinal bleeding. *Arch Surg* 1967;95:93-8.
3. Case records of the Massachusetts General Hospital. Weekly clinicopathological exercises. Case 35-1999.
4. U.A. Arafa, M. Shiba, T. Arakawa et al. Endoscopic resection of a cavernous haemangioma of the stomach. *Digest Liver Dis* 2002;34:808-11.
5. Schlecht I, Hierholzer J, Maurer J, Mau H, Stobbe H, Felix R. Gastric haemangioma: a rare cause of gastrointestinal bleeding. *Pediatr Radiol* 1999;29:63.
6. Stillmann AE, Hansen RC, Hallinan V, et al. Diffuse neonatal haemangiomas with severe gastrointestinal involvement. *Clin Pediatr* 22;589-591.
7. Wei SC, Won JM, Furukawa N, et al. Endoscopic resection of gastrointestinal submucosal tumors. *Hepatogastroenterology* 1998;45:114-8.
8. Kawamoto K, Yamada Y, Furukawa N, et al. Endoscopic submucosal tumorectomy for gastrointestinal submucosal tumors. *Hepatogastroenterology* 1998;44:114-8.