

## L'emangioma capillare dello stomaco: una rara fonte di sanguinamento. Caso clinico

A. VERSACI\*, G. LEONELLO, M. TERRANOVA, A.C. SCIROCCO, G. SFUNCIA, E. SALADINO, D. OLIVA, A. MACRÍ

**RIASSUNTO:** L'emangioma capillare dello stomaco: una rara fonte di sanguinamento. Caso clinico.

A. VERSACI, G. LEONELLO, M. TERRANOVA, A.C. SCIROCCO, G. SFUNCIA, E. SALADINO, D. OLIVA, A. MACRÍ

*Le emorragie gastriche sono urgenze cliniche di comune osservazione che coinvolgono spesso in modo diretto il chirurgo nella diagnosi e nel trattamento; tra di esse, le rare neoplasie vascolari meritano particolare attenzione.*

*Gli Autori riportano un raro caso di tumore vascolare benigno dello stomaco, l'angioma capillare, e alla luce di questa osservazione, dopo analisi della letteratura, mettono in rilievo l'importanza di alcune indagini per individuare queste piccole neoformazioni che, il più delle volte, esordiscono clinicamente in modo acuto, con sanguinamento anche di una certa importanza, e possono sfuggire ad una valutazione non accurata. L'intervento chirurgico, supportato dall'esame istologico estemporaneo, è il trattamento più efficace, essendo sufficiente, in questi casi, la semplice escissione della lesione.*

**SUMMARY:** The capillary hemangioma of the stomach: an unusual cause of haemorrhage. Case report.

A. VERSACI, G. LEONELLO, M. TERRANOVA, A.C. SCIROCCO, G. SFUNCIA, E. SALADINO, D. OLIVA, A. MACRÍ

*Gastric haemorrhages are common clinical emergencies which often directly involve the surgeon in diagnosis and treatment; among these, rare vascular neoplasms deserve particular attention.*

*The Authors report a rare case of benign vascular tumour of the stomach, a capillary angioma. After a literature review they highlight the importance of specific exams to reveal these small neoformations which, generally, show up clinically with acute bleeding, which may be severe, and which may not be discovered if the clinical evaluation is not very detailed.*

*The surgical excision supported by a frozen sections is the most effective treatment.*

**KEY WORDS:** Stomaco - Tumori vascolari - Angioma capillare.  
Stomach - Vascular tumors - Hemangioma.

### Premessa

Nell'eziologia delle emorragie gastriche le neoplasie vascolari (benigne e maligne) occupano un posto di un certo rilievo, rappresentando il 2,8-3,3% del totale (10,11). Potet (13) scrive che le forme vascolari benigne costituiscono l'1,6% di tutte le neoformazioni tumorali dello stomaco e comprendono gli emangiomi (arteriosi, capillari, cavernosi), che possono essere localizzati o diffusi anche a gran parte del tratto digerente, i glomangiomi (rarissimi), gli emangiopericitomi ed

infine le angiodisplasie, di frequente riscontro nell'anziano (1, 13).

Secondo questa classificazione, gli emangiomi rappresentano i tumori gastrici benigni di più rara osservazione (0,05-0,3% di tutti i tumori del tratto digerente), si localizzano di preferenza lungo la piccola o la grande curvatura, interessano in egual modo il corpo e l'antro, sono in genere di dimensioni modeste con aspetto polipoide e consistenza teso-elastica, in parte riducibili alla pressione. La loro sede è prevalentemente sottomucosa o sottosierosa, con la mucosa soprastante indenne o, a volte, ulcerata (6, 10, 11).

L'età di maggiore incidenza è compresa tra i 30 e i 65 anni (63%), con maggiore incidenza nella donna (3:1). Il sintomo più frequente è costituito dall'emorragia, che può assumere caratteri clinicamente evidenti o presentarsi con segni di anemia cronica da stitico misconosciuto; a volte è presente invece una sintomatologia dolorosa atipica epigastrica dovuta ad una

Università degli Studi di Messina  
Dipartimento di Patologia Umana  
(Direttore: Prof. G. Barresi)  
Cattedra di Chirurgia D'Urgenza e dei Trapianti d'Organo  
(Direttore: Prof. C. Famulari)  
\*Cattedra di Chirurgia Generale  
(Titolare: Prof. A. Versaci)

© Copyright 2006, CIC Edizioni Internazionali, Roma

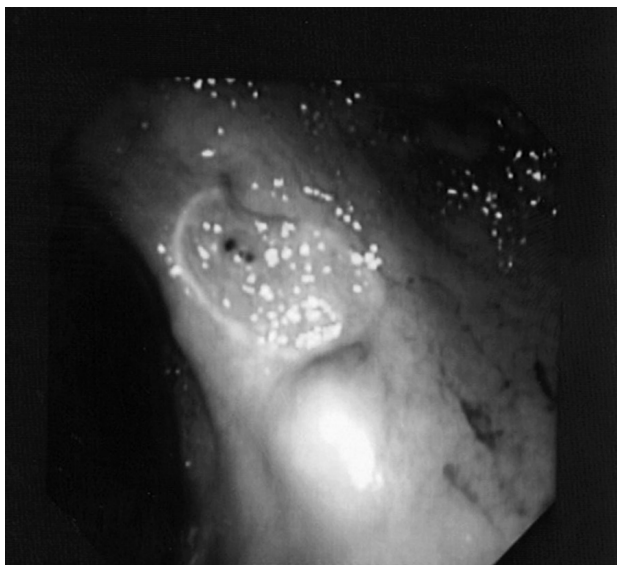


Fig. 1 - Esofagogastroduodenoscopia: nell'antra, sulla piccola curvatura, è presente una neof ormazione polipoide con ulcerazione ovalare in cui è evidente l'orifizio di un vasellino trombizzato.



Fig. 2 - Rx stomaco a doppio contrasto. Sul versante della piccola curvatura, in sede antrale, si evidenzia una piccola neof ormazione intraparietale che non infiltra i piani sottostanti.

sopravvenuta ulcerazione della mucosa (3, 12, 15).

Nella diagnosi, non sempre facile anche all'esame endoscopico (a volte ostacolato dal sanguinamento o dalla presenza di un'ulcerazione), possono dare un notevole contributo l'ecoendoscopia, la radiografia del digerente a doppio contrasto e la TC, indagini che consentono di svelare la presenza di una formazione sottomucosa non infiltrante gli strati sottostanti (2, 6, 14, 17, 18).

Se nelle forme di piccole dimensioni la semplice escissione chirurgica o endoscopica, con resezione limitata comprendente la neof ormazione ed un orletto di tessuto sano di circa 2 cm, supportata dall'esame istologico estemporaneo, rappresenta l'approccio terapeutico più razionale, nelle forme diffuse o di grandi dimensioni è invece sempre raccomandato un intervento resettivo più ampio (2, 5, 7).

## Caso clinico

B.C., donna di 54 anni, in buone condizioni generali. Si ricovera per un episodio di melena verificatosi il giorno prima. La paziente riferisce l'insorgenza da circa 4 mesi di vaghi disturbi dispeptici, caratterizzati da pirosi e dolore epigastrico a digiuno, con riacutizzazione della sintomatologia dolorosa negli ultimi due mesi. Un esame endoscopico aveva evidenziato solo una gastrite eritematosa.

Gli esami di laboratorio dimostrano un'anemia ipocromica di discreta entità (Hb 7,1, Htc 21, sideremia 34).

Esofagogastroduodenoscopia: in regione antrale, sulla piccola curvatura, si rileva la presenza di una neof ormazione intraparietale polipoide con piccola ulcerazione ovalare, a fondo deterso, con tracce di fibrina e l'orifizio di un piccolo vasellino apparentemente trombizzato (fig. 1); per il resto lo stomaco appare normale. L'ecoendoscopia evidenzia la presenza di una formazione ipoecogena del diametro di circa 2 x 2 cm, di forma rotondeggiante e a con-

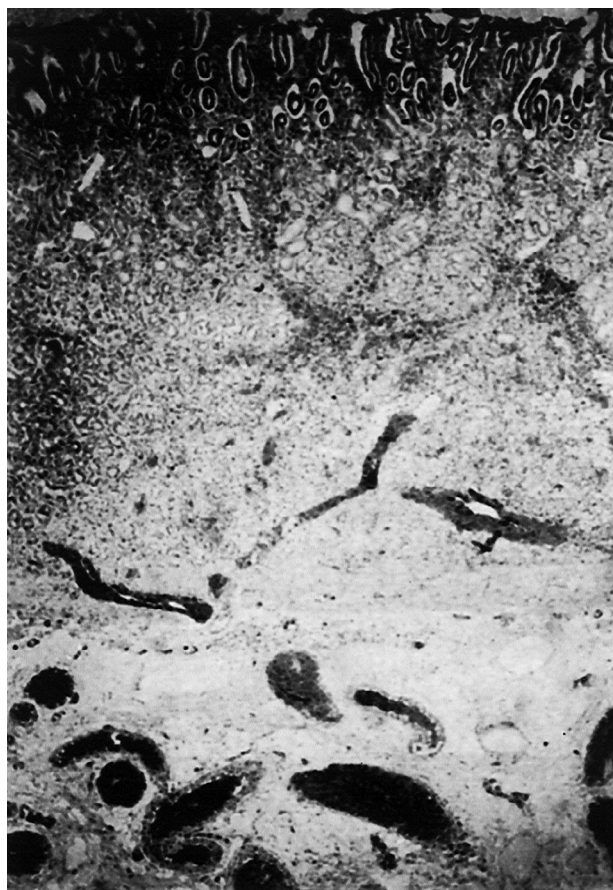


Fig. 3 - Esame istologico (EE, 80x). La neof ormazione vascolare, a prevalente sviluppo sottomucoso, disloca le tipiche strutture ghiandolari gastriche.

torni regolari che appare in sede sottomucosa e non infiltra gli strati sottostanti.

La radiografia dello stomaco a doppio contrasto conferma sul versante della piccola curvatura, a circa 6 cm dal piloro, la presenza di piccola formazione intraparietale (Fig. 2).

*Intervento chirurgico* - Incisione xifo-ombelicale, gastrotomia ed escissione sulla piccola curvatura di una neof ormazione ben cir-

coscritta, a sede sottomucosa, del diametro di circa 2 x2 cm. di tipo angiomaso, che non infiltra gli strati sottostanti; non sono presenti linfonodi locoregionali. Sutura in duplice strato della gastrotomia e chiusura della parete.

L'esame istologico estemporaneo esclude la natura maligna della lesione confermando l'ipotesi dell'origine vascolare della stessa. L'esame definitivo del pezzo asportato mostra una proliferazione sottomucosa di strutture vascolari, rivestite da endotelio tipico, con marcata iperemia passiva. Le strutture ghiandolari gastriche appaiono normoconformate e parzialmente dislocate verso l'alto dalla neoformazione. Diagnosi istopatologica: emangioma gastrico di tipo capillare (Fig. 3).

Il decorso post-operatorio è stato regolare ed il follow-up a 12 mesi non ha mostrato segni di recidiva.

## Discussione

Il caso riportato riveste interesse oltre che per la rarità della lesione anche per il particolare quadro sintomatologico riferito dalla paziente che, in prima istanza, era stato imputato ad una gastrite eritematosa poi esitato in un episodio di melena.

In letteratura emerge infatti il dato statistico importante che queste neoplasie, per la loro iniziale asintomaticità, vengono diagnosticate in ritardo o accidentalmente, nel corso di esami effettuati con altra indicazione o addirittura in corso di autopsia. D'altra parte l'eventuale sintomatologia, scarsamente specifica e a volte intermittente e di entità tale da non allarmare i

pazienti, fa sì che tale patologia, in assenza di una diagnostica strumentale adeguata, giunga comunque con notevole ritardo alla diagnosi, quando cioè si è già in presenza di sanguinamento, di stenosi antrale, di invaginazione nelle forme peduncolate, se non addirittura di trasformazione sarcomatosa della lesione (6, 9, 15, 17, 18). Alcuni autori riportano in ordine di frequenza un quadro sintomatologico progressivamente caratterizzato da dolori addominali crampiformi sempre più frequenti, anoressia, astenia, calo ponderale, anemizzazione importante senza causa apparente, fino ad episodi acuti di ematemesi e/o melena di una certa importanza (3, 4, 8, 12, 15).

Come abbiamo sottolineato in particolare nelle lesioni di piccole dimensioni la diagnostica deve essere accurata, poichè il quadro clinico è spesso aspecifico e di difficile interpretazione, ed anche l'esame endoscopico può risultare negativo o falsato da una coesistente ulcerazione sanguinante della mucosa gastrica.

È importante ricordare che la corretta diagnosi di natura della lesione è istologica, anche perchè la presenza, ad esempio, di nidi cellulari solidi, talora con atipie endoteliali o pericitarie, deve fare sospettare la malignità della formazione vascolare (emangioendotelioma o emangiosarcoma) che impone un atteggiamento chirurgico più aggressivo della semplice escissione (9-11, 16).

## Bibliografia

1. Angiò LG, Pacilè V, Piazzese E, Fiumara F, Bonsignore A, Rivolti G, et al. Le angiodisplasie nelle emorragie digestive del paziente anziano. *Nostra esperienza*. *G Chir* 2004; 25 (1-2): 11-16.
2. Arafa U, Fujiwara Y, Shiba M, Huguchi K, Wakasa K, Arakawa T. Endoscopic resection of a cavernous haemangioma of the stomach. *Dig Liver Dis* 2002; 34 (11): 808-11.
3. Bamanikar AA, Diwan AG, Benoj D. Gastric hemangioma: an unusual cause of upper gastrointestinal bleed. *Indian J Gastroenterol* 2004; 23 (3): 113-4.
4. Bellantone R, Lombardi CP, Rubino F, Ricci R, Capelli A. Spontaneous gastric rupture and hemoperitoneum due to gastric hemangioma. *Dig Dis Sci* 2001; 46(4): 852-3.
5. Germain MA, Hureau J. Angiomatose gastrique diffuse. *Cas clinique*. *Chirurgie* 1996; 121: 11-4.
6. Gordon FH, Watkinson A, Hodgson H. Vascular malformations of the gastrointestinal tract. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2001; 15 (1): 41-58.
7. Lenhart T, Sinn HP, Waldherr R, Herfath C. Surgical treatment of soft tissue tumors of the stomach. *Eur J Surg Oncol* 1990; 16: 352-9.
8. McGregor DH, Kerley SW, McGregor MS. Case report: gastric angiolipoma with chronic hemorrhage and severe anemia. *Am J Med Sci* 1993; 305 (4): 229-35.
9. Mentzel T. Hemangioendothelias: evolution of a concept of a heterogenous group of vascular neoplasms. *Verh Tsang Dtsch Ges Pathol* 1998; 82: 99-111
10. Ming SC. Tumor of the esophagus and stomach. In: *Atlas of tumors pathology*. 2<sup>nd</sup> series, fascicle 7. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology 1973; 245-6.
11. Morson BC, Dawson IMP. *Gastrointestinal pathology*. Oxford, London, Edinburgh, Boston, Melbourne: Blackwell Scientific Publications, Third Edition 1990: 382-3.
12. Pledina V, Alarco A, Martin A, De Las Casas P, Diza F, Marquez P. Hemangioma cavernoso gastrico como causa de hemorragia digestiva alta. *Rev Esp End Digest* 1995; 87, 4: 323-6.
13. Potet F. *Histopatologie du tube digestif*. ed Mason, Paris 1974, 67.
14. Sharma S, Bandhu S, Gulati MS, Berry M. Gastric hemangioma associated with phleboliths: CT appearance. *Am J Roentgenol* 1999; 173 (3): 859-60.
15. Schlecht I, Born C, schoeder RJ, Hierholzer J, Mau H, Felix R. Hematemesis of uncertain origin. Cavernous stomach hemangioma. *Radiologe* 2001; 41(2): 211-14.
16. Versaci A, Macrì A, Scuderi G, Leonello G, Fedele F, Certo A, et al. Epithelioid hemangioendothelioma of the stomach: clinical-pathological features, nosologic setting, and surgical therapy. Report of a case. *Surg Today* 2002; 32 (23): 274-7.
17. Wan YL, Eng HL, Lee TY. Computed tomography of an hemangioma with torsion and intratumoral hemorrhage. *Clin Imag* 1993; 7: 210-12.
18. Yamaguchi K, Kato Y, Mauda S, Kitamura K. Cavernous hemangioma of the stomach: a case report and review of the literature. *Gastroenterol Jpn* 1990; 25 (4): 489-92.