



Tumor miofibroblástico inflamatorio de epiplón mayor en una niña de 7 años

Juan P. Pérez Rossini¹ , Eugenia Perié¹, Cyntia Soriano¹, Santiago Caparrós¹, Nicolás López¹, Claudio Yamahachi¹, Luis A. D'Alú¹

RESUMEN

El tumor miofibroblástico inflamatorio es una neoplasia infrecuente. Su ubicación predilecta es la intratorácica; existen escasos reportes de localización intraabdominal, donde puede afectar al mesenterio y al retroperitoneo.

Una niña de 7 años consultó por fiebre, dolor inespecífico en hipogastrio, astenia y adelgazamiento progresivo. Los estudios de laboratorio mostraron anemia, trombocitosis y PCR elevada. La ecografía abdominal informó la presencia de una masa hipoecoica, de bordes definidos y de contenido heterogéneo, de aproximadamente 67 × 52 × 79 mm. Se realizó la exéresis completa a través de una laparotomía.

Su baja frecuencia, localización variada, histología inespecífica y heterogeneidad clínica dificultan enormemente su diagnóstico. Solo la histopatología permite un diagnóstico certero y la pieza angular de su tratamiento continúa siendo la remoción completa del tumor. Esta infrecuente patología debe incluirse en el diagnóstico diferencial pediátrico por su clínica inespecífica, masa intraabdominal y alta recidiva ante exéresis incompletas.

Palabras clave: neoplasias abdominales; miofibroblastos, patología; epiplón.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11148>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11148.eng>

Cómo citar: Pérez-Rossini JP, Perié E, Soriano C, Caparrós S, López N, Yamahachi C, et al. Tumor miofibroblástico inflamatorio de epiplón mayor en una niña de 7 años. Arch Argent Pediatr. 2026;e202611148. Primero en Internet 15-OCT-2026.

¹ Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Materno Infantil Don Victorio Tetamanti, Mar del Plata, Argentina.

Correspondencia para Juan P. Pérez Rossini: jpprossini@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 12-5-2026

Aceptado: 26-8-2026



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) es una neoplasia infrecuente, de grado intermedio, caracterizada por la proliferación de células miofibroblastos y fibroblastos fusiformes. Más frecuentemente hallada en el tórax (donde parece tener una especial predilección por el tejido pulmonar), existen reportes esporádicos de su presentación intraabdominal, en el sistema urinario, músculo-esquelético entre otros.¹⁻⁷

Se trata de una neoplasia con bajo potencial metastásico a distancia y una alta tasa de recidiva luego de una exéresis incompleta. Afecta principalmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes,¹ predominantemente del sexo femenino, con una media de edad de 9,5 años.^{2,8-10} Su presentación clínica es inespecífica con síntomas asociados a la respuesta inflamatoria que genera o al efecto de masa.^{1,2,8,9}

El TMI localizado en el epiplón mayor es difícil de distinguir de otros tumores abdominales únicamente con estudios por imágenes; es necesaria la histopatología para establecer su diagnóstico definitivo.^{1,11}

Presentamos este caso ya que consideramos que esta entidad debe formar parte de los diagnósticos diferenciales de cualquier masa intraabdominal pediátrica.

CASO CLÍNICO

Una niña de 7 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, consultó por presentar dolor abdominal en el hipogastrio, astenia y adelgazamiento progresivo. En su inicio, se acompañó de náuseas y vómitos que luego cedieron espontáneamente. El laboratorio presentó: hematocrito y hemoglobina disminuidos, trombocitosis y proteína C reactiva (PCR) elevada. Se completó la evaluación con una ecografía abdominal que informó una masa pélvica de 67 × 52 × 79 mm, de márgenes definidos y sin evidencia de infiltración de estructuras adyacentes. Se observó contenido heterogéneo en su interior e imágenes dispersas con sombra acústica posterior. Aislados focos de señal Doppler internos. Genitales internos sin hallazgos patológicos (*Figura 1*).

Al examen físico, la paciente se presentaba pálida, febril, taquicárdica y taquipneica. El abdomen era blando, depresible y doloroso en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, donde se palpaba una masa móvil de bordes definidos. Se realizó una transfusión de glóbulos rojos y se adoptó conducta expectante. Durante su internación, permaneció hemodinámicamente estable, persistentemente febril, con catarsis y diuresis conservadas. Se obtuvieron marcadores

FIGURA 1. Ecografía transabdominal



Se ve imagen hipocóica, heterogénea de bordes definidos (flecha roja).

séricos tumorales (alfa fetoproteína [AFP] y B-HCG) sin resultados patológicos. Debido a la localización anatómica del tumor de fácil acceso, sumada a la falta de evidencia de invasión de estructuras adyacentes y la necesidad de obtener material para un diagnóstico histológico, se decidió realizar una laparoscopia exploradora.

En ella se observó masa de gran tamaño, móvil, hipervascularizada y de difícil manipulación, sin adherencias. Se convirtió a laparotomía a través de incisión tipo Pfannenstiel. Se exteriorizó la masa ubicada en el epiplón mayor (*Figura 2*) y se realizó la exéresis completa con omentectomía parcial dado el hallazgo de múltiples ganglios en rango adenomegálico en él.

Se exploró el resto de la cavidad abdominal sin hallazgos de relevancia.

La anatomía patológica arrojó como resultado un tumor miofibroblástico inflamatorio, presencia de tejido conectivo laxo, abundantes miofibroblastos y células inflamatorias (linfocitos, plasmocitos y leucocitos) de escaso conteo

mitótico. En sectores, el estroma era edematoso y mixoide. Presentaba trama vascular rica y congestiva. Se informó la resección completa. No se realizaron técnicas de inmunohistoquímica.

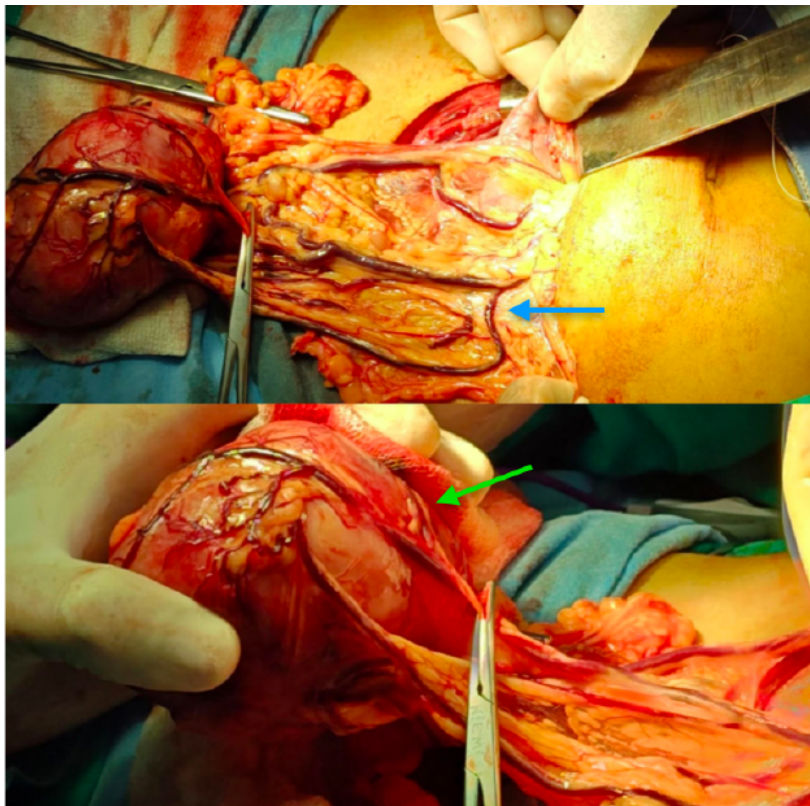
La paciente evolucionó de manera favorable, se otorgó el egreso hospitalario al cuarto día postoperatorio. Se mantuvo sin complicaciones. Actualmente, se encuentra en seguimiento conjunto con los servicios de Pediatría, Cirugía Pediátrica y Oncología.

DISCUSIÓN

Los nombres antiguos del TMI (como granuloma de células plasmáticas o pseudotumor inflamatorio, entre otros) están actualmente en desuso.¹ Hoy se define como una verdadera neoplasia con capacidad invasiva local y alto riesgo de recidiva ante exéresis incompletas.^{1,3,8,9,12}

Histológicamente, presentan una proliferación de células fusiformes (*"spindle cells"*) en un estroma de características variables con fibrosis,

FIGURA 2. Imágenes intraoperatorias



Se destacan el calibre y la ingurgitación de los vasos del omento (flecha azul), así como el detalle macroscópico y la íntima relación del tumor con el epiplón mayor (flecha verde)

con un infiltrado de células inflamatorias.^{1,2,8,13} Su tasa mitótica es usualmente baja.^{1,2,14} Los TMI se agrupan histológicamente en tres patrones: mixoide (con proliferación dispersa de miofibroblastos, tejido edematoso mixoide y abundantes vasos sanguíneos e infiltrados linfocíticos/eosinófilos, tal como se observa en la anatomía patológica de nuestra paciente), hiper celular (proliferación celular más compacta) e hiper celular.¹

Un TMI localizado en el epiplón mayor se presenta como una masa de superficie lisa, de color grisáceo o amarillento, bien circunscripta, sólida, multilobulada y muy vascularizada, con una media de 7 cm de diámetro (1-20 cm).^{3,6,9,11}

Entre sus diagnósticos diferenciales, se destacan leiomioma, liposarcoma, pseudotumor inflamatorio, sarcoma dendrítico folicular inflamatorio virus Epstein-Barr positivo, tumores del estroma gastrointestinal (GIST) y otros como el linfoma, mesotelioma, carcinomatosis peritoneal/metástasis, entre otros.¹⁻³

Los pacientes generalmente presentan síntomas poco específicos como fiebre, pérdida de peso, malestar, dolor abdominal difuso y vómitos con masa abdominal palpable, sumados a síntomas asociados al efecto de masa.^{3,9,12} No existe ningún parámetro de laboratorio específico, aunque la mayoría de los casos presenta elevación de la PCR, eritrosedimentación (ERS) y leucocitosis. Pueden cursar con anemia, trombocitosis e hipergammaglobulinemia.^{4,9} Tampoco existen signos radiológicos patognomónicos. La ecografía permite observar una masa redondeada, de bordes netos, heterogénea, sólida, hipo- o hiperecoica. Pueden observarse a nivel central regiones hipoeoicas relacionadas con áreas de necrosis. En la tomografía axial computada (TAC) o en la resonancia magnética nuclear (RMN) con contraste, se puede observar como una lesión tipo diana; en la TAC se ve iso- o hipodenso comparado con el músculo esquelético y en la RMN se ve hipointenso en T1 y T2.^{1,9,15} Tanto en la TAC como la RMN, el TMI de epiplón se visualiza como una masa bien definida, homo- o heterogénea, multilobulada, con o sin calcificaciones, y se ha descrito su presentación tanto con hipo- como con hipervascularización.^{5,8-10,14} La captación del contraste varía, con realce periférico temprano por el tejido vascular o la necrosis central y realce central tardío por sus componentes

fibróticos.^{1,8,14,15}

Debido a todas las características mencionadas, su diagnóstico será siempre histopatológico. A falta de guías oficiales, el método de biopsia queda a criterio del cirujano o equipo tratante.¹¹ La recomendación continúa siendo la exéresis completa siempre que sea posible sin dañar estructuras adyacentes,¹⁰ ya que representa la piedra angular en el tratamiento de este tumor.⁹ Los signos y síntomas junto con los parámetros de laboratorio se normalizan luego de la resección.¹³

Para la estadificación, se puede utilizar el sistema tumor-nódulos-metástasis (TNM) mediante TAC o RMN siendo T1 o T2 dependiendo la invasión local y TA o TB si el diámetro del tumor es menor o mayor que 5 cm respectivamente.^{2,9} También se ha propuesto la clasificación según el IRS (del inglés *Intergroup Rhabdomyosarcoma Study*), dependiendo del tumor residual posterior a la cirugía inicial.¹⁰

Factores como edad, histología, estadio y localización determinan el pronóstico y la viabilidad de una resección completa. Para tumores metastásicos, irresecables o recurrentes, el primer escalón son los inhibidores de ALK (anticuerpos monoclonales, principalmente crizotinib) como neoadyuvantes.^{1,2} A falta de guías específicas, la quimioterapia sigue los esquemas utilizados en los sarcomas de células pequeñas con antraciclinas, mientras que la radioterapia se limita a aquellos pacientes con márgenes positivos o contraindicación a la cirugía.²

La anatomía patológica juega un rol fundamental tanto en el diagnóstico como en el tratamiento oncológico de estos tumores. La sobreexpresión del gen *ALK-1* (del inglés *atypical lymphocyte kinase 1*) se correlaciona con un comportamiento tumoral menos agresivo y baja tasa de recidiva luego de la resección completa.^{4,6,9,14} Por el contrario, un tumor ALK negativo tiende a ser localmente más invasivo y presenta mayor riesgo de metástasis. Recientes avances permitieron identificar diversos reordenamientos genéticos (del inglés *gene rearrangements*), por lo que, ante tumores ALK negativos, se sugiere realizar pruebas de hibridación fluorescente *in situ* (FISH) o análisis de fusión de ARN para identificar fusiones genéticas de *ROS1*, *NTRK3* u otras menos frecuentes como *RET* o *PDGFRB*.¹ Esto abriría la puerta para identificar nuevos blancos de anticuerpos monoclonales, así

como para caracterizar mejor cada tumor y su comportamiento.^{1,2}

Globalmente, tiene un pronóstico favorable, con tasas de recidiva de hasta el 6 %, ^{3,4} y una mortalidad reportada de hasta el 7 % en aquellos casos con múltiples recurrencias.⁶

En conclusión, el TMI de epiplón mayor representa un desafío diagnóstico debido a su presentación clínica y radiológica inespecíficas. Su naturaleza neoplásica y potencial invasivo exigen un diagnóstico diferencial exhaustivo y tanto una exéresis quirúrgica completa como una correcta caracterización histológica para dirigir correctamente una eventual terapia oncológica. ■

REFERENCIAS

- Choi JH. Inflammatory Myofibroblastic Tumor: An Updated Review. *Cancers (Basel)*. 2025;17(8):1327. doi:10.3390/cancers17081327.
- Chmiel P, Słowikowska A, Banaszek Ł, Szumera-Ciećkiewicz A, Szostakowski B, Spalek MJ, et al. Inflammatory myofibroblastic tumor from molecular diagnostics to current treatment. *Oncol Res*. 2024;32(7):1141-62. doi:10.32604/or.2024.050350.
- Singhal M, Ramanathan S, Das A, Singh G, Bagga R, Khandelwal N. Omental inflammatory myofibroblastic tumour mimicking peritoneal carcinomatosis. *Cancer Imaging*. 2011;11(1):19-22. doi:10.1102/1470-7330.2011.0005.
- Song H, Zhang H, Zhang Y, Wang X, Liu W. Inflammatory myofibroblastic tumor from the greater omentum in children: A rare case report. *J Cancer Res Ther*. 2022;18(7):2066-9. doi:10.4103/jcrt.jcrt_1089_22.
- Kye BH, Kim HJ, Kang SG, Yoo C, Cho HM. A case of inflammatory myofibroblastic tumor originated from the greater omentum in young adult. *J Korean Surg Soc*. 2012;82(6):380-4. doi:10.4174/jkss.2012.82.6.380.
- El Hage Chehade HH, Zbibo RH, Abou Hussein BM, Abtar HK. Highly Vascularized Primarily Inflammatory Pseudotumor of the Omentum in an Adult Male: A Case Report. *Am J Case Rep*. 2016;12(17):79-83. doi:10.12659/ajcr.896036.
- Liang W, Lin S, Chen Z. Imaging findings of inflammatory myofibroblastic tumor from the greater omentum: One case report. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(41):e8297. doi:10.1097/MD.00000000000008297.
- Chung EM, Biko DM, Arzamendi AM, Meldrum JT, Stocker JT. Solid tumors of the peritoneum, omentum, and mesentery in children: radiologic-pathologic correlation: from the radiologic pathology archives. *Radiographics*. 2015;35(2):521-46. doi:10.1148/rg.352140273.
- Siemion K, Reszec-Gielazyn J, Kisluk J, Roszkowiak L, Zak J, Korzyńska A. What do we know about inflammatory myofibroblastic tumors? – A systematic review. *Adv Med Sci*. 2022;67(1):129-38. doi:10.1016/j.advms.2022.02.002.
- Casanova M, Brennan B, Alaggio R, Kelsey A, Orbach D, van Noesel M, et al. Inflammatory myofibroblastic tumor: The experience of the European pediatric Soft Tissue Sarcoma Study Group (EpSSG). *Eur J Cancer*. 2020;127:123-9. doi:10.1016/j.ejca.2019.12.021.
- Dalton B, Thomas P, Sharp N, Manalang M, Fisher J, Moir CR, et al. Inflammatory myofibroblastic tumors in children. *J Pediatr Surg*. 2016;51(4):541-4. doi:10.1016/j.jpedsurg.2015.11.015.
- Bertocchini A, Lo Zupone C, Callea F, Gennari F, Serra A, Monti L, et al. Unresectable multifocal omental and peritoneal inflammatory myofibroblastic tumor in a child: revisiting the role of adjuvant therapy. *J Pediatr Surg*. 2011;46(4):e17-21. doi:10.1016/j.jpedsurg.2011.01.007.
- Gleason BC, Hornick JL. Inflammatory myofibroblastic tumours: where are we now?. *J Clin Pathol*. 2008;61(4):428-37. doi:10.1136/jcp.2007.049387.
- Aptel S, Gervaise A, Fairise A, Henrot P, Leroux A, Guillemin F, et al. Abdominal inflammatory myofibroblastic tumour. *Diagn Interv Imaging*. 2012;93(5):410-2. doi:10.1016/j.diii.2012.02.002.
- Levy A, Rimola J, Mehrotra A, Sobin L. From the archives of the AFIP: benign fibrous tumors and tumorlike lesions of the mesentery: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2006;26(1):245-64. doi:10.1148/rg.261055151.