

Tumores gástricos benignos intramurales

Dres. Antonio Farcic, Federico Schneeberger y Br. María L. Iraola

Los autores presentan una serie de 20 tumores gástricos benignos intramurales, obtenidos de diferentes centros quirúrgicos de Montevideo. Analizan los aspectos histopatológicos, clínicos, de diagnóstico y de conducta terapéutica, analizando los resultados.

Se destaca la frecuencia de complicaciones hemorrágicas (50 %) lo que condicionó que un 20 % debió ser intervenido de urgencia por anemia aguda.

No han habido casos con transformación maligna ni recidivas.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Stomach neoplasms.

Considerados excepcionales hasta hace pocos años (30, 31, 51, 70, 84) actualmente plantean (55, 63) problemas de diagnóstico y conducta quirúrgica debido a sus múltiples tipos histopatológicos y a la gravedad de sus complicaciones.

Se designan como tumores gástricos benignos intramurales (TGBI) a los originados en los tejidos del espesor de la pared gástrica, excluida la mucosa. Incluye procesos no tumorales: pseudotumores inflamatorios e inclusiones disgenéticas (16, 17, 53) de presentación clínica similar. Pueden tomar configuración polipoidea, cualquiera sea su histopatología (56). Constituyen un sector importante de los tumores gástricos benignos, a los que se han referido en nuestro medio numerosos autores (2, 3, 4, 7, 10, 11, 12, 13, 29, 32, 36, 49, 51, 62, 64, 65, 75, 79, 85) destacándose la predominancia de publicaciones sobre casos aislados de TGBI.

MATERIAL Y METODOS

Estudiamos una serie de 20 casos proveniente de 5 fuentes: 1) H. de Clínicas (1953 a 1976); 2) H. Militar Central (1972-76); 3) Clínica Quir "1" (1974-76); 4) Clín. Quir. "2" (1974-76); 5) Actividad privada.

El estudio histopatológico se efectuó en todos los casos en piezas de resección quirúrgica por diferentes patólogos. No se incluyeron casos dudosos. El control postoperatorio, efectuado

Clinica Quirúrgica "1" (Prof. A. Aguiar), Hospital Pasteur; Clínica Quirúrgica "2" (Prof. L. Mérola), Hospital Maciel, y Departamento de Cirugía del Hospital Militar (Dir. Dr. R. Saccone). Montevideo.

por los respectivos equipos quirúrgicos, se prolongó un promedio de 3 años, con límites de 3 meses y 19 años, en base al registro clínico y controles personales.

DISCUSION

En el H. de Clínicas hubo 9 casos en 209.623 egresos en los que se registraron 1.877 cánceres gástricos. La incidencia es de 4,3 TGBI cada 100.000 egresos, y son el 0,47 % de los cánceres gástricos, estos valores concuerdan con los de otros autores (16, 18, 20, 37, 38, 47, 52, 53, 57, 67). Es mayor la frecuencia en estudios sobre autopsias (38, 67) por el elevado número de tumores no detectables clínicamente (17, 48, 50, 59).

Los TGBI configuran del 38 al 60 % de los tumores gástricos benignos (27, 31, 44, 50, 55). Las edades estuvieron comprendidas entre 34 y 78 años sin predominio por décadas. El sexo femenino tuvo una frecuencia 3 veces superior, no confirmado en otras estadísticas (24, 31).

Marche y Debray (18, 23, 31, 53) (Cuadro 1) reconocen las siguientes formas histogenéticas: a) a los tumores disgenéticos se los denomina hamartomas (13, 14, 44, 50); b) al tumor mioide (46) se lo designa como leiomioblastoma (50, 66, 76); c) linfoma benigno es sinónimo de pseudolinfoma (6, 50) hiperplasia de tipo inflamatorio y no tumoral; d) el granuloma eosinófilo comprende 2 variedades diferentes (80): el pólipo fibroide inflamatorio (33, 50, 69, 81) y la gastritis eosinofílica.

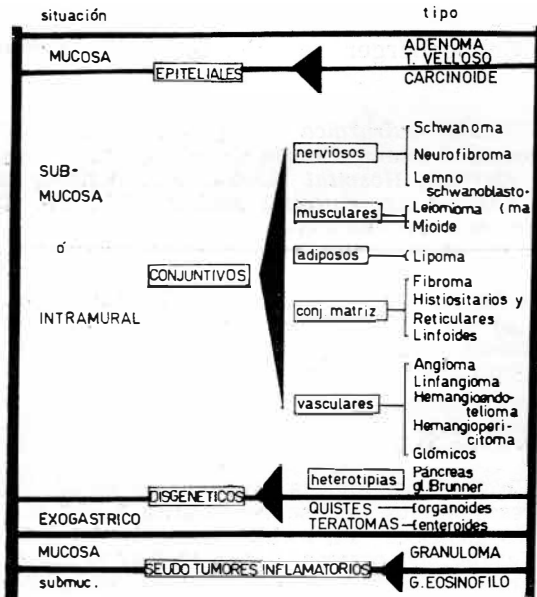
Hemos comprobado la siguiente distribución histopatológica: 8 leiomomas, 5 schwannomas, 2 lipomas, 2 páncreas aberrante, 2 granuloma eosinófilo y 1 fibroma. El predominio de los leiomomas es lo habitual (16, 31, 41, 45, 48, 50, 55, 59, 68, 72, 76), la frecuencia relativamente alta de schwannomas, comparable a la de los autores franceses (23, 52, 78) no coincide con la de EE.UU. (5, 41, 44, 47, 55, 59, 60, 61, 63, 76) donde son extremadamente raros. Esto se explica porque las diferencias morfológicas entre leiomomas y schwannomas son sutiles, no existen elementos decisivos absolutos de diferenciación (26, 68, 84). El juicio del patólogo, como elemento subjetivo, justifica los altos porcentajes de cambios de diag-

Profesor Adjunto y Asistente de Clínica Quirúrgica y Anatómo-Patóloga del Hospital Pasteur.

Tema libre presentado al XXVIII Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 1977.

Dirección: Br. José Batlle y Ordóñez 2410 (Dr. A. Farcic).

CUADRO 1
TUMORES GÁSTRICOS BENIGNOS
Clasificación (Marche y Debray)



nóstico en reclasificaciones sobre piezas operativas (53, 54, 76).

No hemos encontrado casos de transformación maligna. La aparición de un granuloma eosinófilo junto a un adenocarcinoma se reconoce como reaccional frente a procesos de la mucosa (50).

Existen 3 grupos de potencialidad maligna, en orden decreciente:

A) *Frecuente:* Histiocitarios y reticulares (21), schwannoma y hemangiopericitoma (25).

B) *Posible:* Linfoides, glómicos (1, 34), mioide (46, 82), hemangioendotelioma, fibroma (59, 71), angioma (35, 43), linfangioma, neurofibroma, leiomioma (66).

C) *Nula:* lipoma (20, 78, 83), granuloma eosinófilo y disgenéticos (28, 39, 59, 63).

Los TGBI carecen de sintomatología propia (18) no obstante, existen 3 manifestaciones predominantes (53): dolor epigástrico, hemorragias digestivas y alteración del estado general. Coincidiendo con otras series (8, 9, 15, 23, 53, 55, 77) notamos un franco predominio de la hemorragia digestiva: 10 casos (50 % en nuestra serie), con repercusión hemodinámica en 8 (40 %) en los que fue el motivo de consulta. La hematemesis fue la forma más frecuente (8 casos: 40 %), única en 4, se reiteró en las otras 4. En 2 casos sólo melenas (10 %). Por anemia aguda debieron operarse de urgencia 4 casos (20 %).

La dispepsia, en 6 casos (30 %) fue de tipo hiperesténico, en 4 poco definida.

El dolor epigástrico y la afectación del estado general (en grado variable) se presentaron ambos con la misma frecuencia: 30 %.

El tumor palpable se comprobó en 2 casos (10 %) en ambos fue el motivo de consulta. No hemos hallado los trastornos mecánicos obstructivos gastroduodenales citados por otros autores (17, 18, 42, 53, 59).

DIAGNOSTICO

Solamente en la mitad de los casos se planteó como diagnóstico preoperatorio el de TGBI, o de tumor gástrico benigno.

Los otros diagnósticos fueron: hemorragia digestiva (3 veces), úlcera gástrica, 3; laparotomía exploradora, tumor abdominal y compresión extrínseca gástrica y fibromioma uterino en las restantes.

PATOLOGIA ASOCIADA

Las asociaciones descritas como más frecuentes (53) son la hernia hiatal, la úlcera péptica y la litiasis biliar.

Hemos encontrado 2 úlceras pépticas gástricas crónicas, y 1 hernia hiatal. Ocasionalmente coexiste el cáncer gástrico como en nuestro caso ya mencionado. Se han descrito como excepcionales (53) el insulinoma o el síndrome de Zollinger-Ellison en un páncreas aberrante, y los neurofibromas (31) o leiomiomas gástricos (40) en la neurofibromatosis de V. Recklinhausen (61).

En el estudio radiológico contrastado es característica la imagen lacunar de sustracción, única, redondeada o policíclica, móvil (visible si es mayor de 0,5 a 1 cm.) (24, 38, 53, 85). Son índices de benignidad: regularidad del contorno, homogeneidad de la superficie, normalidad de los pliegues mucosos adyacentes, ausencia de rigidez parietal, formación de ángulos agudos con la pared gástrica y finalmente el ser deformable mediante compresión (85). Con estos caracteres se manifestaron 11 de los 16 estudios contrastados gastroduodenales (68,8 %) no habiéndose utilizado la técnica del doble contraste. No se han visualizado otras imágenes descritas salvo un caso "en escarpela" o "en salvavidas" (30) debidas a un depósito central de contraste en una ulceración apical de la mucosa o en el conducto de un páncreas aberrante (59); flebolitos en angiomas; calcificaciones en leiomiomas (66) ni se ha comprobado la radiotransparencia descrita en los lipomas (19). Los falsos negativos (5 en 16: 31,2 %) correspondieron 4 veces a tumores de menos de 3 cm. y en el restante, de 6 cm. asentaba en cuerpo gástrico sobre cara posterior.

La endoscopia puede sugerir la naturaleza, pero para asegurarla la biopsia debe hacerse a través del espesor de la mucosa o en el fondo de una ulceración, lo que no siempre es posi-

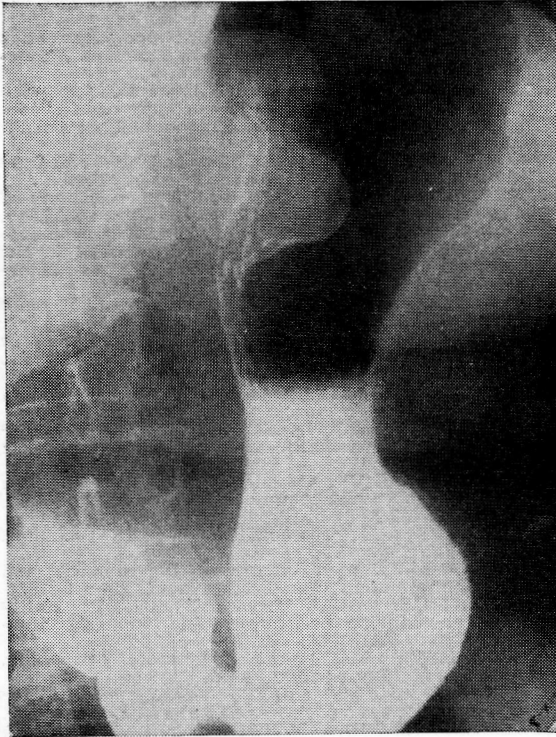


Fig. 1—Gastro-duodeno: imagen de sustracción Juxtacardial.

ble (74, 82). Se efectuó solamente en 6 casos, con 2 falsos negativos por gastroscopio rígido en tumores de cara posterior de cuerpo gástrico.

La arteriografía celiaco-mesentérica adquiere su máximo valor en los tumores exogástricos (82) donde ni la radiología ni la fibrogastroscopía son de utilidad al no haber crecimiento endogástrico. No se efectuó en nuestra serie.

No se discute la necesidad de la resección quirúrgica, para certificar el diagnóstico y evitar las complicaciones (18, 55, 78). La exploración minuciosa a través de una amplia gastrotomía pone a cubierto de ignorar lesiones múltiples o asociadas (82).

La extensión de la excéresis comprende desde la enucleación (sólo admitida en lipomas (83) hasta la gastrectomía total de necesidad (22).

No se aconsejan los vaciamientos ganglionares (53) debido a la escasa linfocitosis de estos tumores.

De los elementos de decisión sobre la magnitud de la excéresis gástrica citados habitualmente (53, 78), la sospecha de malignidad en ningún caso justificó la ampliación de la misma. La biopsia extemporánea no ha sido decisiva en los pocos casos (2 veces) en que se efectuó. Han sido factores determinantes de la conducta quirúrgica: el tamaño del tumor, el diámetro de su implantación gástrica, su localización en el estómago, la existencia de lesiones asociadas y las condiciones generales del enfermo. Se efectuaron 9 excéresis locales, 5 resecciones gástricas atípicas, 6 gastrectomías típicas que incluyen 1 antrectomía, 4 gastrectomías clásicas 3/4 y 1 gastrectomía proximal (Fig. 1).

Los resultados en nuestra serie fueron (Cuadro 2): a) *Mortalidad operatoria* del 10% (2 casos) 1 por insuficiencia cardíaca y el otro por falla de sutura (gastrectomía por asociación con adenocarcinoma gástrico); b) *Com-*

CUADRO 2

RESECCIONES GASTRICAS EFECTUADAS EN TGBI

Localización	Táctica	Caracteres
ANTRAL (6)	Gastrectomía distal (2) Resecc en cuña (2) Resecc tumor (2)	sesil 6 cm.: Antrectomía. coex. adenocarcinoma. exogástrico de 25 cm. diám. ambas lesiones pequeñas.
CORPORAL (10)	Gastrectomía distal (3) Resecc en cuña (2) Resecc tumor (5)	en 1: ulcus gástrico asoc. sesiles (aprox. 5 cm. diám.). 2 lipomas y 3 pediculados
PROXIMAL (4)	Gastrectomía proximal (1) Resecc en cuña (1) Resecc tumor (2)	sesil, juxtacardial de 5 cm. sesil pequeño (3 cm.). pediculados.

plificaciones: 1 trombosis profunda de M Inf, retrocede rápidamente; c) *Recidivas* no hemos encontrado; d) *Cáncer gástrico*: en 2 casos: en 1 simultáneo (ya analizado), en el otro aparece a los 19 años, se trataba de un adenocarcinoma, por lo que consideramos que no existe relación directa con el TGBI previo; e) *second-look*: no se efectuó.

RESUME

Tumeurs gastriques bénignes intramurales

Les auteurs présentent une série de 20 tumeurs gastriques bénignes intramurales, qui proviennent de différents centres chirurgicaux de Montevideo. Ils analysent les aspects pathologiques, cliniques, de diagnostic et de conduite thérapeutique, et ses résultats.

Ils soulignent la fréquence des complications hémorragiques (50 %) ce qui a déterminé qu'un 20 % a été intervenu d'urgence à cause de anémie aigue.

Il n'y a pas de cas de transformation maligne ni récidives.

SUMMARY

Benign intramural gastric tumors

Case material consists of a series of 20 benign intramural gastric tumors, found in different surgical centres in Montevideo. Histopathologic and clinical aspects, diagnosis and therapy are reviewed and results evaluated.

Hemorrhage was a frequent complication (50 %) and as a result 20 % of patients were subject to urgency surgery due to acute anemia.

None of these tumors became malign, nor were there any recurrences.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- APPELMAN HD and HELWIG EB. Glomus tumors of the stomach. *Cancer*, 23: 203, 1969.
- ARDAO HA, AGUIAR A. La adenomatosis gástrica. *Bol Soc Cir Urug*, 12: 439, 1951.
- BALBOA O, VIOLA-NUÑEZ H, LIARD W, CHISSIONI M. Lipoma gástrico submucoso. *Cir Uruguay*, 41: 277, 1971.
- BALDIZAN JW, CAZABAN LA, CARRIQUIRY LA, FALCONI LM. Hamartoma gástrico: dos casos tratados con resección local. *Cir Uruguay*, 47: 165, 1977.
- BEARD RJ, LEE EC, HAYSOM AH and MELCHER DH. Non carcinomatous tumors of the stomach. *Br J Surg*, 55: 535, 1968.
- BERRY GR and MATHEWS WH. Gastric lymphosarcoma and pseudolymphoma. Reappraisal of 12 cases of gastric lymphosarcoma. *Canad Med Ass J*, 96: 1312, 1967.
- BIANCHI AE. Sobre neoformaciones conjuntivas gástricas. *An Fac Med Montevideo*, 20: 4, 1935.
- BOCKUS HL. Tumores benignos de estómago. En: Bockus Gastroenterología. Barcelona. Salvat, 1965.
- BONGIOVI JJ Jr and DUFFY JL. Gastric hemangioma associated with upper gastrointestinal bleeding. *Arch Surg*, 95: 93, 1967.
- BORTAGARAY CA, RODRIGUEZ-IRIBARNE LA, AMORIN G. Tumores benignos de estómago. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 49, 1953.
- BOSCH DEL MARCO LM, FOLLE JA. Hemorragia digestiva por heterotopia pancreática. *Bol Soc Cir Urug*, 26: 398, 1955.
- CARDEZA H. Schwanoma gástrico. *Bol Soc Cir Urug*, 21: 398, 1950.
- CASSINELLI JF. Heterotopia tisular pancreática en el divertículo de Meckel. *An Fac Med Montevideo*, 34: 353, 1949.
- CLARKE BE. Myoepithelial hamartoma of the gastrointestinal tract. A report of eight cases with comment concerning genesis and nomenclature. (cit. por Ming).
- CLAVEL C. Strategie et tactique en chirurgie abdominale d'urgence. Paris. Masson, 1955.
- COLP R and WEINSTEIN VA. Benign tumors of the stomach. *Surg Clin North Am*, 33: 433, 1953.
- CONDON RE, DE VITO RV. Tumores intramurales benignos. En: Harkins H. N. y Nihus L. N.: Cirugía del estómago y duodeno. Bs. As. Intermedica, 1974.
- CONTI A, PASTORI V. I tumori benigni dello stomaco. *Minerva Chir*, 23: Supl., 1967.
- CULVER GJ and TOFFOLO RR. Criteria for roentgen diagnosis of submucosal gastric lipoma. *Radiology*, 82: 254, 1964.
- CHODOFF RJ and DIAZ DE LEON A. Lipoma of the stomach. *Surgery*, 46: 841, 1959.
- CHOMET B, MARTIN GB and GIBBEL MI. Histiocytoma of stomach. *Am J Gastroenterol*, 38: 653, 1962.
- DE ANGELIS VR. Gastric teratoma in a newborn infant. Total gastrectomy with survival. *Surgery*, 66: 794, 1969.
- DELANNOY E. Tumeurs benignes de l'estomac. *Lyon Chir*, 61: 161, 1965.
- EKLÖF O. Benign tumors of the stomach and duodenum. *Acta Chir Scand Suppl*, 291: 1, 1962.
- ERNST CB, ABELL MR and KAHN DR. Malignant hemangiopericytoma of the stomach. *Surgery*, 58: 351, 1965.
- EVANS RW. Histological appearances of tumours. Edinburgh. Livingstone, 1956.
- FRANCE ChJ and BRINES O. Mesenchymal tumors of the stomach. *Arch Surg*, 61: 1019, 1950.
- GOLDFARB WB, BENNETT D and MONAFO W. Carcinoma in heterotopic gastric pancreas. *Ann Surg*, 158: 56, 1963.
- GOLLER W, BERRIEL H, DIFILIPPO J. Poliadenomatosis gástrica. Enfermedad de Menetrier. *Dia Méd. Urug*, 39: 471, 1972.
- GONI MORENO I. Tumores benignos de estómago. *Prensa Méd Argent*, 48: 1548, 1961.
- GRAFE W, THORBJARNARSON B, PEARCE JM and BEAL JM. Benign neoplasms of the stomach. *Am J Surg*, 100: 561, 1960.
- GUICHEFF V, SANTOS DUBRA A, DECARO J. Hemorragia digestiva por pólipos gástrico de muy discutida histopatología. Revisión casuística. *Cir Uruguay*, 38: 42, 1968.
- HELWIG EB and RANIER A. Inflammatory fibroid polyps of the stomach. *Surg Gynecol Obstet*, 96: 355, 1953.
- KAY S, CALLAHAN WP Jr, MURRAY MR, RANDALL HT and STOUT AP. Glomus tumors of the stomach. *Cancer*, 4: 726, 1951.
- KEREKES ES. Gastric hemangioma: a case report. *Radiology*, 82: 468, 1964.
- LARGHERO P. Hemorragias graves del tracto digestivo superior. An. Fac. Med. Montevideo (Subl.), 1960.
- LARRAÑAGA-BARRERA E, CANDIA-SIERRA A, GARCIA-OCAÑA A, LOPEZ-YARTO J. Tumores benignos gástricos. A propósito de 4 casos. *Rev Esp Enf Ap Digest*, 43: 165, 1974.
- LOISEAU JPH, LE FUR M, CONTE MARTIN M et CONTE M. A propos de 13 tumeurs benignes de l'estomac. *Sem Hop*, 32: 1561, 1968.
- LOVE RJM. Dermoid cyst simulating gastric ulcer. *Br J Surg*, 18: 339, 1930.
- LUKASH WM, MORGAN RI, SENNET CD and NIELSON OF. Gastrointestinal neoplasms in Von Recklinhausen disease. *Arch Surg*, 92: 905, 1966.
- LUKASH WM, WENTZ DK and JOHNSON RB. Unusual gastric lesions. *Arch Surg*, 98: 781, 1969.
- MAINGOT R. Tumores gástricos benignos en: Maingot: Operaciones abdominales. Buenos Aires. Panamericana, 1966.
- MARANGOS GN. Haemangiopericytoma of the stomach. *Gut*, 6: 77, 1965.
- MARSHALL SF. Gastric tumors other than carcinoma. Report of unusual cases. *Surg Clin North Am*, 35: 693, 1955.
- MARSHALL SF and CHERRY JW. Smooth muscle tumors of the alimentary canal. *Surg Clin North Am*, 55: 719, 1975.

46. MARTIN JF, BAZIN P, FEROLDI J and CABANNE F. Tumeurs myoïdes intramurales de l'estomac: considerations microscopiques a propos de 6 cas. (cit. por Viard).
47. McNEER J and PACK GT. Benign tumors of the stomach. General considerations. En: Neoplasms of the stomach. Philadelphia. Lippincott, 1967.
48. MEISSNER WA. Leiomyoma of the stomach. *Arch Pathol*, 38: 207, 1944.
49. MESA FG, MATE M. Tumor benigno gástrico. *Cir Uruguay*, 41: 397, 1971.
50. MING Sch. Tumors of the esophagus and stomach. Fasc 7. En: Atlas of tumor pathology. Washington. Armed Forces Institute of Pathology, 1973.
51. MIQUEO-NARANCIO M, MEDOC J. Lipoma submucoso del estómago. *Bol Soc Cir Uruguay*, 12: 439, 1951.
52. MOUCHET A, MARQUAND J, GUIVARC'H M, BENOIST JP et SAGLIER G. A propos de 45 cas de tumeurs dites bénignes de l'estomac. *Ann Chir*, 23: 1297, 1969.
53. MOUCHET A et GUIVARC'H M. Tumeurs bénignes d l'estomac. *Encycl Med Chir*, 9026: A 10, 1971.
54. NORDENSTAM H and NORDSTRÖM S. Benign non epithelial tumors of the stomach and small intestine. Histologic typing and malignant degeneration. *Acta Chir Scand*, 125: 139, 1963.
55. OCHSNER SF and JANETOS GP. Benign tumors of the stomach. *JAMA*, 191: 881, 1965.
56. OTTOMAN RE and WOODRUFF JH Jr. Polypoid diseases of the stomach. *Radiology*, 64: 34, 1955.
57. PACK GT. Unusual tumors of the stomach. *Ann NY Acad Sci*, 114: 995, 1964.
58. PRAT D, ARDAO H. Schwannoma del estómago. *Bol Soc Cir Uruguay*, 17: 293, 1946.
59. PALMER ED. Benign intramural tumors of the stomach: a review with special reference to gross pathology. *Medicine*, 30: 81, 1951.
60. PENNA O and BRAASCH JW. Benign tumors of the stomach. *Lahey Clin Found Bull*, 17: 89, 1968.
61. PEREA VD and GREGORY LJ Jr. Neurofibromatosis of the stomach. Report of a case associated with Von Recklinhausen disease and review of the literature. *JAMA*, 182: 259, 1962.
62. PIQUINELA JA, MAÑANA J, TOLEDO N. Leiomioma de estómago. *Bol Soc Cir Uruguay*, 29: 161, 1958.
63. PLACHTA A and SPEER FD. Gastric polyps and their relationship to carcinoma of the stomach: review of the literature and report of 65 cases. *Am J Gastroenterol*, 28: 160, 1957.
64. PRADERI L, MAQUIEIRA G, CASSINELLI JF. Leiomioma gástrico exofítico a crecimiento retroperitoneal. *Cir Uruguay*, 41: 483, 1971.
65. PUIG R, REISSENWEBER N, SARROCA C, GARY R. Hamartoma mioepitelial gastroduodenal. *Cir Uruguay*, 45: 1, 1975.
66. RANCHOD M and KEMPSON RL. Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract and retroperitoneum. A pathologic analysis of 100 cases. *Cancer*, 39: 255, 1977.
67. RIGLER LG and ERIKSEN LG. Benign tumors of stomach. Observations on their incidence and malignant degeneration. *Radiology*, 26: 6, 1936.
68. ROBBINS SL. Patología estructural y funcional. México. Interamericana, 1974.
69. SALM R. Gastric fibroma with eosinophilic infiltration. *Gut*, 6: 85, 1965.
70. SCHENKEN JR, BURNS EL. Tumores gástricos. En: Anderson W. A. D. Tratado de patología. Buenos Aires. Intermédica, 1962.
71. SHOCKMAN AT and ROSEN JH. Fibromyxoma of the stomach. (cit. por Ming).
72. SINGH RP, ZAMORA I, LEE STJ and LAQUER WA. Leiomyomas of the stomach. *Int Surg*, 62: 352, 1977.
73. SKANDALAKIS JE, GRAY SW and SHEPARD D. Smooth muscle tumours of the stomach. *Int Abstr Surg*, 110: 209, 1960.
74. SOJO E. Comunicación personal.
75. STAJANO C. Tumores benignos intrastomacales pediculados submucosos o subserosos de la pared gástrica de naturaleza discutida. *An Fac Med Montevideo*, 26: 179, 1941.
76. STOUT AP. Tumors of the stomach. Fasc 21. En: Atlas of tumor pathology. Washington. Armed Forces Institute of Pathology, 1953.
77. THYSSEN J. Haemangioma of the stomach. A cause of ulcer and a gastric haemorrhage. (cit. por Ming).
78. TISSOT E. Les tumeurs bénignes gastroduodenales. *Lyon Chir*, 71: 72, 1975.
79. TROSTCHANSKY J, SARROCA C. Poliposis gástrica. *Cir Uruguay*, 46: 375, 1976.
80. URELES AL, ALSCHIBAJA T, LODICO D and STABINS SJ. Idiopathic eosinophilic infiltration of the gastrointestinal tract, diffuse and circumscribed: a proposed classification and review of the literature with two additional cases. *Am J Med*, 30: 899, 1961.
81. VANEK J. Gastric submucosal granuloma with eosinophilic infiltration. (cit. por Ming).
82. VIARD H, CABANNE F, KLEPPING CI, AUPE-CLE P, MICHIELS R, SGRO JC, GIRARDIER J et FAVRE JP. Les tumeurs myoïdes intramurales de l'estomac. Quatre nouvelles observations. *Lyon Chir*, 71: 44, 1975.
83. VAN HEE RHG, VAN DAM APM et MOULIN AC. Le lipome gastrique. *Méd Chir Dig*, 5: 299, 1976.
84. WILLIS RA. Pathology of tumours. St. Louis. Mosby, 1953.
85. ZERBONI ER. Contribución de la radiología en el estudio de los tumores benignos de estómago. *Bol Soc Cir Uruguay*, 16: 502, 1945.