A CASE REPORT OF GASTRIC CALCIFYING FIBROUS TUMOR

Le Thi Linh*, Tran Nhu Tung, Nguyen Phuc Thuc Uyen

Tam Anh General Hospital Ho Chi Minh City - 2B Pho Quang Street, Tan Son Hoa Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 01/06/2026
Revised: 24/07/2026; Accepted: 06/08/2026

ABSTRACT

Background: Calcifying fibrous tumor is a rare benign mesenchymal tumor that can occur in various organs but is uncommon in the stomach. The clinical, endoscopic and radiologic features of calcifying fibrous tumor are nonspecific and may mimic other gastric submucosal tumors, particularly gastrointestinal stromal tumor.

Case presentation: We report the case of a 24-year-old female patient with an incidentally detected gastric lesion identified during upper gastrointestinal endoscopy. She underwent endoscopic submucosal dissection (ESD) for a gastric submucosal tumor. Histopathological examination demonstrated a well-circumscribed tumor composed of spindle cells arranged in short fascicles or whorled patterns within a densely hyalinized collagenous stroma, accompanied by lymphoplasmacytic infiltration and calcified deposits. No necrosis or increased mitotic activity was identified. Immunohistochemical staining showed that the tumor cells were negative for SMA, Desmin, CD117, DOG1, CD34, S100, and ALK-1, with a Ki67 labeling index of approximately 1%.

Conclusion: This case contributes to the limited literature on gastric calcifying fibrous tumor, a rare benign mesenchymal neoplasm. Recognition of its characteristic histopathological features and immunohistochemical profile is essential for establishing an accurate diagnosis and differentiating it from other gastric mesenchymal neoplasms.

Keywords: Calcifying fibrous tumor, gastrointestinal stromal tumor, mesenchymal tumor.

*Corresponding author
Email: lelinh0204hmu@gmail.com **Phone**: (+84) 348570799 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6137

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG U XƠ CANXI HÓA Ở DẠ DÀY

Lê Thị Linh*, Trần Như Tùng, Nguyễn Phúc Thục Uyên

Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hồ Chí Minh - 2B Phổ Quang, P. Tân Sơn Hòa, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 01/06/2026
Ngày sửa: 24/07/2026; Ngày đăng: 06/08/2026

TÓM TẮT

Bối cảnh: U xơ canxi hóa là một u trung mô hiếm gặp, lành tính, có thể xuất hiện ở nhiều cơ quan khác nhau nhưng ít gặp tại dạ dày. Đặc điểm lâm sàng, nội soi và hình ảnh học của u xơ canxi hoá không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các u dưới niêm mạc khác của dạ dày, đặc biệt là u mô đệm đường tiêu hóa.

Ca lâm sàng: Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nữ 24 tuổi phát hiện tình cờ tổn thương qua nội soi dạ dày. Bệnh nhân được cắt u dưới niêm mạc qua nội soi. Mô bệnh học cho thấy khối u ranh giới rõ gồm các tế bào hình thoi sắp xếp thành bó ngắn hoặc cuộn xoáy trên nền mô đệm xơ collagen hóa nổi bật, kèm thâm nhiễm lympho, tương bào và các ổ lắng đọng calci, không ghi nhận hoại tử hay tăng hoạt động phân bào. Hóa mô miễn dịch cho kết quả SMA, Desmin, CD117, DOG1, CD34, S100 và ALK-1 âm tính; chỉ số Ki67 khoảng 1%.

Kết luận: Báo cáo này góp phần bổ sung thêm dữ liệu về u xơ canxi hóa dạ dày - một bệnh lý hiếm gặp. Việc nhận diện các đặc điểm mô bệnh học điển hình và kiểu hình hóa mô miễn dịch đặc trưng có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán xác định cũng như chẩn đoán phân biệt với các u trung mô khác của dạ dày.

Từ khóa: U xơ canxi hóa, u mô đệm đường tiêu hóa, u trung mô.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ canxi hóa (Calcifying fibrous tumor – CFT) là một u trung mô hiếm gặp, lành tính, được đặc trưng bởi sự tăng sinh mô xơ collagen hóa dày đặc kèm thâm nhiễm tế bào viêm mạn tính và các ổ lắng đọng calci dạng vôi hóa loạn dưỡng [1]. Bệnh được Rosenthal và Abdul-Karim mô tả lần đầu vào năm 1988 với tên gọi U xơ trẻ em với lắng đọng thể cát (childhood fibrous tumor with psammoma bodies), sau đó được đổi tên thành u xơ canxi và được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) công nhận như một thực thể bệnh lý riêng biệt trong phân loại u mô mềm và u hệ tiêu hóa [1,2].

CFT có thể gặp ở nhiều vị trí khác nhau như mô mềm, màng bụng, màng phổi, trung thất và ống tiêu hóa, tuy nhiên tổn thương nguyên phát tại dạ dày rất hiếm gặp [3]. Phần lớn các trường hợp được phát hiện tình cờ qua nội soi hoặc chẩn đoán hình ảnh do bệnh thường không có biểu hiện lâm sàng đặc hiệu. Một số bệnh nhân có thể có triệu chứng đau bụng, khó tiêu, xuất huyết tiêu hóa hoặc thiếu máu [4].

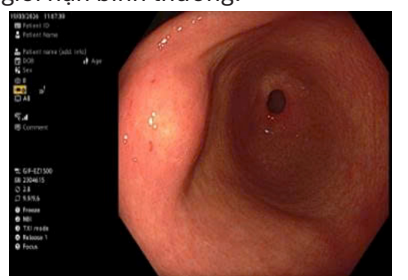
Trên nội soi và chẩn đoán hình ảnh, CFT thường biểu hiện dưới dạng khối dưới niêm mạc nên dễ bị chẩn đoán nhầm với các u trung mô khác của dạ dày như u mô đệm đường tiêu hóa (GIST), u cơ trơn (leiomyoma) hoặc u vỏ bao thần kinh (schwannoma) [3,5]. Vì vậy, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch đóng vai trò quyết định trong chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt.

Về mô học, CFT có đặc điểm điển hình gồm mô đệm collagen hóa dày đặc, tế bào hình thoi thưa, thâm nhiễm lympho tương bào và các ổ vôi hóa hoặc thể cát [5]. Hóa mô miễn dịch thường âm tính với CD117, DOG1, CD34, S100 và Desmin, giúp phân biệt với các u trung mô khác của dạ dày [3,5].

Mặc dù được xem là tổn thương lành tính với tiên lượng thuận lợi, việc nhận diện đúng CFT có ý nghĩa quan trọng nhằm tránh chẩn đoán quá mức và hạn chế các điều trị không cần thiết. Do số lượng báo cáo về CFT dạ dày còn hạn chế, đặc biệt tại Việt Nam, chúng tôi báo cáo một trường hợp u xơ canxi hóa dạ dày nhằm góp phần bổ sung dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và chẩn đoán phân biệt của thực thể bệnh lý hiếm gặp này.

2. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 24 tuổi, tiền sử bản thân khỏe mạnh chưa ghi nhận bệnh lý đặc biệt, phát hiện tình cờ tổn thương qua nội soi dạ dày. Bệnh nhân không ghi nhận sụt cân, nôn ói, xuất huyết tiêu hóa hay rối loạn tiêu hóa. Khám lâm sàng chưa phát hiện bất thường rõ ràng, không sờ thấy khối vùng bụng và không ghi nhận dấu hiệu thiếu máu trên lâm sàng. Các xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu trong giới hạn bình thường.



Tổn thương dưới niêm nhô cao, bơm hơi không xẹp, không di động, mật độ chắc

Hình 1. Hình ảnh nội soi dạ dày

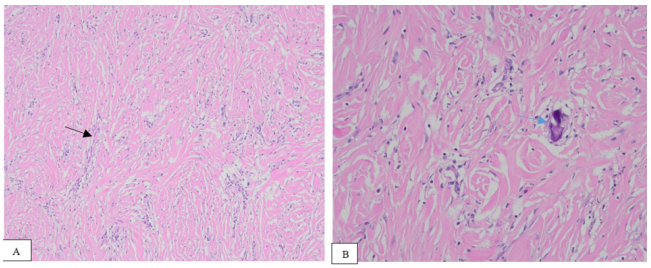
Nội soi dạ dày ghi nhận tại hang vị, mặt trước góc bờ cong nhỏ có một khối u dưới niêm, bơm hơi không xẹp, không di động, mật độ chắc, hướng tới u dưới niêm dạ dày. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang cho thấy

*Tác giả liên hệ
Email: lelinh0204hmu@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 348570799 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6137

tổn thương choán chỗ tại vùng hang vị, phía bờ cong nhỏ dạ dày, có khả năng xuất phát từ lớp dưới niêm, đường kính lớn nhất khoảng 2,5 cm, bờ tương đối rõ, ngấm thuốc không đồng nhất, không ghi nhận thâm nhiễm mỡ xung quanh, gợi ý u mô đệm đường tiêu hóa, u cơ trơn hoặc các u dưới niêm khác. Do tổn thương có kích thước nhỏ, khu trú, không có dấu hiệu xâm lấn trên hình ảnh học và có chỉ định cắt bỏ điều trị, đồng thời kết quả sinh thiết trước thủ thuật được đánh giá không làm thay đổi chiến lược xử trí và sinh thiết qua nội soi thường có giá trị chẩn đoán hạn chế đối với u dưới niêm, bệnh nhân không được thực hiện sinh thiết trước can thiệp. Sau khi hội chẩn, bệnh nhân được chỉ định cắt tách dưới niêm qua nội soi (Endoscopic Submucosal Dissection – ESD) để cắt bỏ trọn tổn thương.

Khảo sát đại thể ghi nhận bệnh phẩm là khối mô màu trắng ngà, chắc, tương đối đồng nhất, không ghi nhận xuất huyết hay hoại tử trên mặt cắt.

Trên vi thể, khối u gồm các tế bào hình thoi hoặc bầu dục phân bố thưa trên nền mô đệm collagen hóa dày đặc. Các tế bào u sắp xếp thành bó ngắn hoặc dạng cuộn xoáy. Trong mô u ghi nhận thâm nhiễm lympho, tương bào rải rác kèm các ổ lắng đọng calci dạng vôi hóa loạn dưỡng. Không ghi nhận dị dạng nhân rõ, hoại tử u hay tăng hoạt động phân bào. Hình thái vi thể gợi ý tổn thương trung mô lành tính.

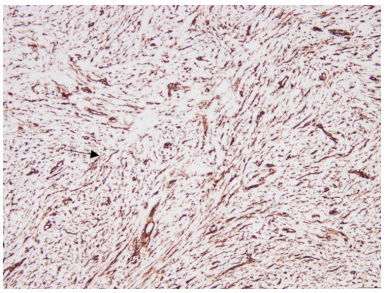


A. Các tế bào u tế bào hình thoi hoặc bầu dục phân bố thưa trên nền mô đệm collagen hóa dày đặc, sắp xếp thành bó ngắn hoặc dạng cuộn xoáy (mũi tên đen, H&E, 200x)

B. Mô u ghi nhận thâm nhiễm lympho, tương bào rải rác kèm các ổ lắng đọng calci (mũi tên xanh, H&E, 400x)

Hình 2. Hình ảnh vi thể

Hóa mô miễn dịch cho thấy tế bào u dương tính với vimentin, âm tính với SMA, Desmin, S100, ALK-1, CD117, DOG1 và CD34; chỉ số tăng sinh Ki67 khoảng 1%. Kiểu hình miễn dịch này giúp loại trừ các u trung mô thường gặp khác của dạ dày như GIST, u cơ trơn, u vỏ bao thần kinh và u nguyên bào xơ cơ viêm.



Các tế bào dương tính (bắt màu vàng nâu) với Vimentin (mũi tên đen, HMMD, 200x)

Hình 3. Hình ảnh hóa mô miễn dịch

Kết hợp đặc điểm mô học và hóa mô miễn dịch phù hợp với chẩn đoán u xơ canxi hóa dạ dày. Sau khi cắt bỏ hoàn toàn tổn thương bằng kỹ thuật cắt tách dưới niêm qua nội soi, bệnh nhân được theo dõi định kỳ. Tại thời điểm 6 tháng sau can thiệp, bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng, nội soi kiểm tra không ghi nhận tổn thương tồn lưu hoặc tái phát tại vị trí cắt.

4. THẢO LUẬN

U xơ canxi hóa (Calcifying fibrous tumor – CFT) là một u trung mô lành tính hiếm gặp, được đặc trưng bởi sự hiện diện của các tế bào hình thoi thưa thớt trên nền mô đệm collagen hóa dày đặc, kèm theo thâm nhiễm tế bào viêm mạn tính và các ổ lắng đọng calci. Mặc dù đã được mô tả từ nhiều thập kỷ trước, cơ chế bệnh sinh của CFT hiện vẫn chưa được hiểu đầy đủ [2]. Một số giả thuyết cho rằng CFT có thể là hậu quả của quá trình viêm mạn tính kéo dài hoặc đại diện cho giai đoạn thoái triển của u nguyên bào sợi cơ viêm (inflammatory myofibroblastic tumor – IMT), do hai tổn thương có sự tương đồng về thành phần tế bào hình thoi và hiện tượng thâm nhiễm tế bào viêm. Tuy nhiên, CFT có những đặc điểm riêng biệt giúp phân biệt với IMT, bao gồm mật độ tế bào thấp hơn, nền collagen hóa nổi bật, sự hiện diện thường xuyên của các ổ calci hóa và đặc biệt là không biểu hiện ALK-1 trong đa số trường hợp [5].

Gần đây, các nghiên cứu về đặc điểm phân tử của CFT đã gợi ý rằng đây có thể là một thực thể u trung mô thực sự thay vì chỉ là một phản ứng xơ hóa sau viêm. Một số bất thường liên quan đến gen mã hóa thụ thể yếu tố tăng trưởng nguồn gốc tiểu cầu (PDGFRB) đã được ghi nhận trong một số trường hợp, cho thấy vai trò tiềm năng của các con đường tín hiệu liên quan đến tăng sinh tế bào trung mô trong sự hình thành CFT. Bên cạnh đó, mối liên quan giữa CFT và bệnh lý liên quan IgG4 cũng được đề cập trong một số báo cáo, dựa trên sự hiện diện của tương bào và tăng số lượng tế bào IgG4 dương tính trong một số tổn thương. Tuy nhiên, mối liên quan này vẫn chưa được xác định rõ và không phải tất cả các trường hợp CFT đều có đặc điểm mô bệnh học hoặc miễn dịch học của bệnh lý liên quan IgG4.

CFT có thể xuất hiện ở nhiều vị trí khác nhau, bao gồm mô mềm, màng phổi, trung thất, màng bụng và đường tiêu hóa. Trong hệ tiêu hóa, tổn thương thường gặp ở ruột non, đại tràng và mạc treo; trong khi đó, CFT tại dạ dày được xem là rất hiếm gặp. Theo các báo cáo trước đây, phần lớn trường hợp CFT dạ dày được phát hiện tình cờ qua nội soi tiêu hóa hoặc chẩn đoán hình ảnh do triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu [3]. Một số bệnh nhân có thể biểu hiện đau bụng, đầy bụng, khó tiêu, xuất huyết tiêu hóa hoặc thiếu máu, đặc biệt khi khối u có kích thước lớn hoặc gây tổn thương niêm mạc phủ bên trên.

Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân nữ 24 tuổi tiền sử khỏe mạnh được phát hiện tình cờ khối u dưới niêm vùng hang vị qua nội soi tiêu hóa. Đặc điểm này phù hợp với các báo cáo trước đây cho thấy CFT dạ dày thường gặp ở người trẻ và trung niên, không có sự khác biệt rõ rệt về giới tính. Do triệu chứng lâm sàng nghèo nàn và hình ảnh nội soi không đặc hiệu, tổn thương thường được phát hiện trong quá trình khảo sát các triệu chứng tiêu hóa thông thường hoặc tình cờ qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

Trên nội soi tiêu hóa và chẩn đoán hình ảnh, CFT thường biểu hiện dưới dạng khối dưới niêm giới hạn rõ, đôi khi có vôi hóa bên trong [4]. Tuy nhiên, các đặc điểm này không đặc hiệu và rất dễ nhầm với các u trung mô khác của dạ dày như GIST, u cơ trơn hoặc u vỏ bao thần kinh. Trong trường hợp hiện tại, chẩn đoán trước mổ cũng hướng nhiều đến các u dưới niêm thường gặp ở dạ dày như GIST hoặc u cơ trơn. Điều này cho thấy việc dựa đơn thuần vào lâm sàng và hình ảnh học rất khó đưa ra chẩn đoán chính xác trước phẫu thuật.

Đặc điểm mô bệnh học đóng vai trò quyết định trong chẩn đoán CFT. Tổn thương điển hình bao gồm các tế bào hình thoi hoặc hình sao với mật độ thấp, phân bố rải rác trong nền mô đệm collagen hóa dày đặc, kết hợp với thâm nhiễm lympho bào, tương bào và các ổ calci hóa dạng

vôi hóa loạn dưỡng hoặc thể cát [5]. Các tế bào u thường không có đặc điểm dị dạng nhân, không ghi nhận hoại tử và hoạt động phân bào rất hiếm gặp. Trong ca bệnh của chúng tôi, khối u gồm các tế bào hình thoi đến bầu dục nằm rải rác trên nền mô đệm collagen hóa nổi bật, kèm thâm nhiễm tương bào và các ổ lắng đọng calci. Không ghi nhận hoại tử hoặc tăng hoạt động phân bào. Những đặc điểm này phù hợp với các mô tả kinh điển của CFT trong y văn.

Hóa mô miễn dịch có vai trò quan trọng trong việc xác định chẩn đoán và loại trừ các u trung mô khác của dạ dày. CFT thường âm tính với CD117 và DOG1, giúp phân biệt với GIST – u trung mô phổ biến nhất của dạ dày [3,5]. Đồng thời, sự âm tính với S100 hỗ trợ loại trừ u vỏ bao thần kinh, trong khi Desmin âm tính giúp loại trừ các u cơ trơn. Một số trường hợp CFT có thể biểu hiện SMA dương tính khu trú, tuy nhiên biểu hiện này không đặc hiệu và có thể thay đổi giữa các trường hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khối u âm tính với toàn bộ các dấu ấn CD117, DOG1, CD34, S100, SMA, Desmin và ALK-1, phù hợp với kiểu hình miễn dịch đặc trưng của CFT. Chỉ số tăng sinh Ki-67 thấp (khoảng 1%) cũng củng cố bản chất lành tính của tổn thương.

Ngoài GIST, u cơ trơn và u vỏ bao thần kinh, CFT còn cần được phân biệt với IMT, bệnh sợi và các tổn thương xơ hóa khác của đường tiêu hóa. IMT thường có mật độ tế bào cao hơn, thành phần viêm đa dạng hơn và có thể biểu hiện ALK-1 dương tính. Ngược lại, bệnh sợi thường có tính chất xâm nhập mô xung quanh và biểu hiện β-catenin dương tính trong nhân tế bào. Do đó, sự phối hợp giữa đặc điểm hình thái học và hóa mô miễn dịch có vai trò then chốt trong việc đưa ra chẩn đoán chính xác, đặc biệt trong những trường hợp tổn thương dưới niêm dạ dày có biểu hiện không điển hình.

Về điều trị, cắt bỏ hoàn toàn tổn thương hiện vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu đối với CFT có triệu chứng hoặc chưa thể xác định bản chất trước phẫu thuật [4]. Tiên lượng của CFT nhìn chung rất tốt do đây là tổn thương lành tính, với nguy cơ tái phát rất thấp và thường chỉ được ghi nhận trong trường hợp cắt bỏ không hoàn toàn. Cho đến nay, chưa có bằng chứng thuyết phục về khả năng di căn xa hoặc tiến triển ác tính của CFT dạ dày. Bệnh nhân của chúng tôi có tổn thương kích thước nhỏ, khu trú lớp dưới niêm mạc phù hợp với chỉ định cắt tách dưới niêm qua nội soi. Can thiệp mang lại kết quả lấy trọn khối u, diện cắt an toàn, bệnh nhân hồi phục tốt sau can thiệp và chưa ghi nhận dấu hiệu tái phát trong thời gian theo dõi sau 6 tháng ban đầu.

Bảng 1. Tổng quan một số nghiên cứu hồi cứu về u xơ canxi hóa dạ dày

Tác giả (năm)	Loại nghiên cứu	Số ca bệnh	Tuổi trung bình	Giới	Kích thước u trung bình	Vị trí thường gặp	Điều trị/Kết quả
Agaimy et al. (2010) [3]	Loạt ca bệnh	7	53	Nam: 4; Nữ: 3	2,2 cm	Dạ dày (chủ yếu vùng thân vị)	Cắt bán phần dạ dày/ Không tái phát
Vasilakaki et al. (2012) [6]	Báo cáo ca bệnh	1	60	Nam	1cm	Dạ dày (Thân vị)	Cắt dạ dày hình chêm/ Không tái phát
Li et al. (2017) [7]	Báo cáo ca bệnh	1	34	Nữ	1,6cm	Dạ dày (Thân vị)	ESD/ Không tái phát
Tian et al. (2018) [8]	Loạt ca bệnh	9	52,2	Nam: 3; Nữ: 6	1,81 cm	Dạ dày (chủ yếu vùng thân vị)	ESD, Cắt dạ dày hình chêm/ Không tái phát
Tsai et al. (2020) [9]	Tổng quan hệ thống	60	49,2	Nam 32; Nữ 28	2,4 cm	Dạ dày (chủ yếu vùng thân vị)	Điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u (bao gồm phẫu thuật mở, nội soi ổ bụng hoặc ESD)/ Không tái phát
Của chúng tôi	Báo cáo ca bệnh	1	24	Nữ	2,5cm	Dạ dày (Hang vị)	ESD/ Không tái phát

Mặc dù là một tổn thương lành tính hiếm gặp, việc nhận diện chính xác CFT có ý nghĩa quan trọng trong thực hành giải phẫu bệnh và lâm sàng. Chẩn đoán đúng giúp tránh nhầm lẫn với các u trung mô ác tính như GIST, từ đó hạn chế các can thiệp điều trị không cần thiết và giúp lựa chọn phương pháp xử trí phù hợp. Việc tích lũy thêm các trường hợp CFT dạ dày sẽ góp phần nâng cao hiểu biết về đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và sinh học phân tử của thực thể bệnh lý hiếm gặp này.

5. KẾT LUẬN

U xơ canxi hóa là một u trung mô lành tính hiếm gặp của dạ dày, thường biểu hiện dưới dạng tổn thương dưới niêm và dễ bị chẩn đoán nhầm với các u trung mô khác, đặc biệt là u mô đệm đường tiêu hóa. Do các đặc điểm lâm sàng, nội soi và hình ảnh học không đặc hiệu, chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào mô bệnh học kết hợp với hóa mô miễn dịch. Điều trị bằng cắt bỏ hoàn toàn tổn thương, bao gồm cắt dưới niêm mạc qua nội soi ở những trường hợp phù hợp, mang lại tiên lượng tốt và nguy cơ tái phát thấp. Báo cáo ca bệnh này góp phần bổ sung dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và phương pháp điều trị của CFT dạ dày, đồng thời nhấn mạnh vai trò của chẩn đoán chính xác nhằm lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp và tránh các can thiệp quá mức.

ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân đã được giải thích và đồng ý bằng văn bản cho việc công bố các thông tin lâm sàng và hình ảnh phục vụ mục đích báo cáo khoa học. Mọi thông tin nhận dạng cá nhân đã được loại bỏ nhằm bảo đảm quyền riêng tư và tính bảo mật của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Rosenthal NS, Abdul-Karim FW. Childhood fibrous tumor with psammoma bodies: clinicopathologic features in two cases. Arch Pathol Lab Med. 1988;112(8):798-800. PMID: 3395217.

[2] WHO Classification of Tumours Editorial Board. Digestive System Tumours. 5th ed. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2019.

[3] Agaimy A, Bihl MP, Tornillo L, Wünsch PH, Hartmann A, Michal M. Calcifying fibrous tumor of the stomach: clinicopathologic and molecular study of seven cases with literature review and reappraisal of histogenesis. Am J Surg Pathol. 2010;34(2):271-278. doi:10.1097/PAS.0b013e3181ccb172.

[4] Larson BK, Dhall D. Calcifying fibrous tumor of the gastrointestinal tract. Arch Pathol Lab Med. 2015;139(7):943-947. doi:10.5858/arpa.2014-0032-RS.

[5] Turbiville D, Zhang X. Calcifying fibrous tumor of the gastrointestinal tract: a clinicopathologic review and update. World J Gastroenterol. 2020;26(37):5597-5605. doi:10.3748/wjg.v26.i37.5597

[6] Vasilakaki T, Skafida E, Tsavari A, Arkoumani E, Kafiri G, Grammatoglou X, et al. Gastric calcifying fibrous tumor: a very rare case report. Case Rep Oncol. 2012;5(3):455-458. doi:10.1159/000342981.

[7] Li BJ, Yang XD, Chen WX, Shi YH, Nie ZH, Wu J. Calcifying fibrous tumor of stomach: a case report. Medicine (Baltimore). 2017;96(47):e8882. doi:10.1097/MD.0000000000008882.

[8] Tian S, Zeng Z, Peng X, Dong W. Gastric calcifying fibrous tumor: A clinicopathological study of nine cases. Exp Ther Med. 2018;16(6):5137–5143. doi:10.3892/etm.2018.6892.

[9] Tsai MK, Chen HY, Chuang ML, Chen CW, Jong GP. Gastric Calcifying Fibrous Tumor: An Easy Misdiagnosis as Gastrointestinal Stromal Tumor—A Systematic Review. Medicina (Kaunas). 2020;56(10):541. doi:10.3390/medicina56100541.