

Hemorragia digestiva tras tratamiento endoscópico de hamartoma polipoide (adenoma de glándulas de Brunner)

J.A. Carneros^a, C. de la Caba^a, P. Fradejas^a, A. Álvarez^a, R. Martín^b, F. Sánchez^a, A. Rodríguez^a, A. Fuentes^a, F. Geijo^a y M. Rodrigo^a

^aServicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario. Salamanca. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario. Salamanca. España.

RESUMEN

La incidencia de lesiones tumorales polipoides en el duodeno es escasa, y las proliferaciones de glándulas de Brunner representan el 11 % de ellas. El hamartoma polipoide o adenoma de glándulas de Brunner es una proliferación polipoide benigna de las glándulas de Brunner muy infrecuente. Habitualmente es asintomático, aunque en ocasiones puede manifestarse como hemorragia digestiva u obstrucción intestinal. Presentamos el caso de una paciente a quien se diagnosticó, de forma incidental, un hamartoma polipoide duodenal. La lesión se extirpó con asa de polipectomía y a las 48 h la paciente presentó como complicación una hemorragia digestiva. Describimos el tratamiento endoscópico de la lesión y de la complicación.

GASTROINTESTINAL BLEEDING AFTER ENDOSCOPIC TREATMENT OF POLYPOID HAMARTOMA (ADENOMA OF BRUNNER'S GLANDS)

The incidence of polypoidal tumors in the duodenum is scarce and Brunner's gland tumors represent 11 % of these proliferations. Brunner's gland polypoid hamartoma or adenoma is a highly infrequent benign polypoid proliferation of Brunner's glands that is usually asymptomatic, although gastrointestinal bleeding or intestinal obstruction may sometimes occur. We present the case of a woman with an incidental diagnosis of duodenal polypoid hamartoma. The lesion was resected with polypectomy loop and at 48 h, the patient presented gastrointestinal bleeding as a complication. We describe the endoscopic treatment of the lesion and this complication.

INTRODUCCIÓN

Los tumores duodenales benignos son raros, siendo más frecuentes los malignos¹. La incidencia de pólipos en el duodeno es también menor que en otras localizaciones del tracto digestivo superior². El diagnóstico diferencial de masas duodenales incluye pólipos adenomatosos, lipomas, leiomiomas, leiomiomasarcomas, hamartomas, pseudoquistes o tumores pancreáticos, tumores ampulares, tumores carcinoides y aneurismas gastroduodenales³.

El hamartoma polipoide (HP) o adenoma de glándulas de Brunner es una proliferación polipoide benigna de las glándulas de Brunner cuya primera descripción se remonta a 1835. Desde entonces se han descrito unos 150 casos en la bibliografía inglesa⁴. Presentamos el caso de una paciente con un HP que se trató endoscópicamente; con posterioridad apareció una hemorragia digestiva como complicación de la polipectomía.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 43 años, sin antecedentes de interés, que acudió a consultas externas de nuestro hospital por presentar pirosis retrosternal de 6-8 meses de evolución y disfagia ocasional para sólidos, sin síndrome constitucional. Se realizó una endoscopia digestiva alta que evidenció un anillo de Schatzki que estenosaba parcialmente la luz. En el bulbo duodenal se visualizó además un pólipo pediculado, de unos 2 cm de longitud, cubierto de mucosa de aspecto normal, que se biopsió con el resultado de mucosa duodenal normal. Por ello se decidió, en una segunda endoscopia, extirpar la lesión con asa de polipectomía, sin complicaciones inmediatas.

En el estudio anatomopatológico (fig. 1) se describió una tumoración polipoide de 2,3 cm de longitud que correspondía histológicamente a un HP (adenoma de glándulas de Brunner).

A las 48 h la paciente acudió al Servicio de Urgencias por presentar deposición melénica. En ese momento se encontraba estable hemodinámicamente y las pruebas complementarias eran normales, salvo por un valor de hemoglobina de 9 g/dl y hematocrito del 27% (las determinaciones previas habían sido normales). Se realizó gastroscopia de urgencia en la que se observaron restos del pedículo del pólipo extirpado que sangraban activamente, por lo que se decidió realizar una polipectomía de éste, con lo que cesó la hemorragia.

La paciente no presentó posteriormente datos de recidiva hemorrágica se le dio de alta a las 48 h. En el control realizado al mes en consultas externas no se evidenciaron tampoco datos de rehemorragia.

Correspondencia: Dr. J.A. Carneros Martín.
Transversal Sexta, 10, portal 5, 2.º D. 28021 Madrid. España.

Recibido el 11-3-2003; aceptado para su publicación el 4-6-2003.

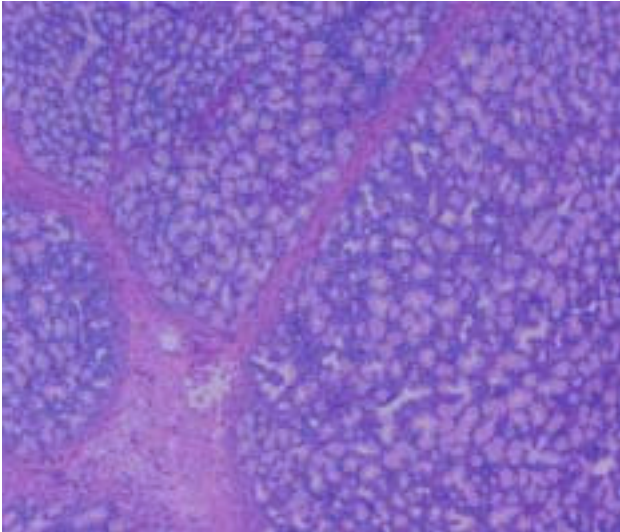


Fig. 1. Nódulos de glándulas de Brunner separados por finos tabiques fibrosos (hematoxilina-eosina, 10).

DISCUSIÓN

Los tumores benignos de duodeno son raros (un 0,008% de los pacientes en series autópsicas), y las proliferaciones de glándulas de Brunner representan aproximadamente el 11% de ellos^{1, 5-7}.

Se han descrito tres tipos de proliferación de glándulas de Brunner⁴: a) la hiperplasia nodular difusa, observada habitualmente en pacientes con úlcera duodenal (en probable relación con hipersecreción ácida gástrica e inflamación crónica del duodeno)⁸ o pancreaticoduodenectomías (como adaptación a la insuficiencia pancreática exocrina)⁴; b) la hiperplasia nodular circunscrita, y c) la hiperplasia adenomatosa, HP o adenoma de glándulas de Brunner.

El HP es una lesión rara de la que se han descrito unos 150 casos desde la publicación del primero en 1835⁴. Se distingue de la hiperplasia nodular de glándulas de Brunner, más común en el duodeno, por ser un tumor único, pediculado (en el 88% de los casos) y con un tamaño medio de unos 4 cm^{9,10}. La hiperplasia nodular se manifiesta más frecuentemente como múltiples tumores sésiles, de menos de 2 cm¹¹.

La mayoría (57%) de los HP se localizan en el bulbo duodenal (localización más frecuente de las glándulas de Brunner). Sin embargo, se han descrito casos en otros segmentos del intestino delgado, incluso en el íleon terminal¹². Se desconoce la causa del HP, aunque hay autores que afirman que la hipersecreción ácida puede desempeñar algún papel. La infección concomitante por *Helicobacter pylori* es frecuente; en un reciente estudio, en 5 de 7 pacientes (71%) con HP se detectó la presencia de *H. pylori* en el cuerpo y antro gástricos, observándose también duodenitis en 6 de ellos¹³. Aun así, el verdadero papel de la infección en la patogenia y desarrollo del HP no está claro. El HP no se considera una lesión premaligna, aunque se han descrito casos anecdóticos con displasia de alto grado en el epitelio y focos de tumor carcinoide^{4,14}.

La edad más frecuente de presentación es la quinta o sexta décadas de la vida, y aparece de forma similar en varones y mujeres^{4,9}. La mitad de los casos son asintomáticos, en relación con un tamaño pequeño, y se descubren casualmente en una endoscopia realizada por otro motivo, como en nuestra paciente^{9,11}. Los sintomáticos suelen presentarse como obstrucción o hemorragia digestiva y, menos frecuentemente, como dolor abdominal, náuseas y vómitos, anemia ferropénica, ictericia obstructiva o pancreatitis recurrente⁴. Estas dos últimas situaciones se producen cuando la base de implantación se encuentra en el área papilar².

El diagnóstico de la lesión se establece mediante endoscopia¹, debiendo tenerse en cuenta que el HP es una lesión submucosa, por lo que histológicamente la mucosa es de aspecto normal¹⁵. La radiología baritada revela un lesión polipoide, habitualmente pediculada, de superficie lisa^{16,17}. La ultrasonografía endoscópica es útil para confirmar el origen submucoso de la lesión, dependiente de la cuarta capa de la pared duodenal³, y puede permitir la realización de una punción-aspiración con aguja fina de ella¹⁸.

Histológicamente los HP son hamartomas más que adenomas debido a que no están encapsulados, no tienen atipia celular y presentan hiperplasia de glándulas de Brunner de aspecto normal, tejido conectivo, adipocitos maduros y fibras musculares lisas en una localización (intestino delgado) habitual de estas estructuras^{4,11}.

Se desconoce la historia natural de esta lesión, aunque se ha descrito un caso con un intervalo de más de 20 años desde el diagnóstico de un HP y la aparición de complicaciones¹⁷.

El tratamiento del HP puede ser quirúrgico (mediante duodenotomía y resección) o endoscópico^{1,9,10,19}. También se ha descrito la resolución quirúrgica por vía laparoscópica^{20,21}. De forma anecdótica se han comunicado casos que revirtieron con tratamiento antiácido y antisecretorios²², lo que confirmaría el papel de la hipersecreción ácida gástrica como causa de la hiperplasia de glándulas de Brunner.

Se recomienda la escisión quirúrgica en lesiones sésiles o mayores de 5 cm⁴, aunque algunos autores la recomiendan en las mayores de 2 cm¹. El tratamiento endoscópico de pólipos distales al bulbo duodenal exige la localización precisa de la ampolla de Vater para evitar lesiones térmicas de ésta que pueden provocar la aparición de una pancreatitis aguda²³.

La incidencia de hemorragia tras el tratamiento endoscópico de estas lesiones es mayor que en los pólipos de colon²⁴. Este hecho puede deberse a la mayor irrigación de la pared del duodeno y a la presencia de ácido gástrico que dificultaría la cicatrización de la escara. La utilización de adrenalina inyectada en la base del pólipo previa a la escisión^{4,11,24} o el uso de inhibidores de la bomba de protones tras ella²⁴ pueden ser de utilidad para prevenirla. Aun así, cuando se produce hemorragia tras la polipectomía, la inyección endoscópica de sustancias vasoconstrictoras o esclerosantes es el primer paso a seguir²⁴. En el caso que describimos se decidió englobar el resto del pe-

dículo mediante una polipectomía, aunque con el riesgo de que persistiera la hemorragia o aparecieran otras complicaciones como la perforación. El uso de otras técnicas, como la utilización de endo-loops o la colocación de bandas elásticas sobre el pedículo residual, también podría ser de utilidad.

En conclusión, presentamos el caso de una paciente con un pólipo duodenal asintomático, que histológicamente correspondía con un HP. Se trató mediante polipectomía y como complicación se presentó una hemorragia digestiva que se resolvió endoscópicamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chong KC, Cheah WK, Lenzi JE, Goh PM. Benign duodenal tumors. *Hepatogastroenterology* 2000;47:1298-300.
2. Vázquez-Iglesias JL, Martín Herrera L. Tumores. En: Vázquez-Iglesias JL, editor. *Endoscopia digestiva alta. Diagnóstico. La Coruña: Galicia Editorial S.A., 1992; p. 175-220.*
3. Block KP, Frick TJ, Warner T. Gastrointestinal bleeding from a Brunner's gland hamartoma: characterization by endoscopy, computed tomography, and endoscopic ultrasound. *Am J Gastroenterol* 2000;95:1581-3.
4. Walden DT, Marcon NE. Endoscopic injection and polypectomy for bleeding Brunner's gland hamartoma: case report and expanded literature review. *Gastrointest Endosc* 1998;47:403-7.
5. Osborne R, Toffler R, Lowman RM. Brunner's gland adenoma of the duodenum. *Dig Dis* 1973;18:689-94.
6. Sinar D. Neoplasias del intestino delgado (distintas del carcinoma y del linfoma). En: Sleisenger MH, Fordtran JS, editores. *Enfermedades gastrointestinales. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento.* Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A., 1994; p. 1431-9.
7. Olmsted WW, Ros PR, Hjermstad BM, McCarthy MJ, Dachman AH. Tumors of the small intestine with little or no malignant predisposition: a review of the literature and report of 56 cases. *Gastrointest Radiol* 1987;12:231-9.
8. Franzin G, Musola R, Ghidini O, Manfrini C, Fratton A. Nodular hyperplasia of Brunner's glands. *Gastrointest Endosc* 1985; 31:374-8.
9. Levine JA, Burgart LJ, Batts KP, Wang KK. Brunner's gland hamartomas: clinical presentation and pathological features of 27 cases. *Am J Gastroenterol* 1995;90:290-4.
10. Hizawa K, Iwai K, Esaki M, Suekane H, Inuzuka S, Matsumoto T, et al. Endosonographic features of Brunner's gland hamartomas which were subsequently resected endoscopically. *Endoscopy* 2002;34:956-8.
11. Chatelain D, Maillet E, Boyer L, Checkouri G, Mourra N, Flejou JF. Brunner gland hamartoma with predominant adipose tissue and ciliated cysts. *Arch Pathol Lab Med* 2002;126:734-5.
12. Henken EM, Forouhar F. Hamartoma of Brunner's gland causing partial obstruction of the ileum. *J Can Assoc Radiol* 1983; 34:73-4.
13. Kovacevic I, Ljubicia N, Cupic H, Doko M, Zovak M, Troskot B, et al. *Helicobacter pylori* infection in patients with Brunner's gland adenoma. *Acta Med Croatica* 2001;55:157-60.
14. Itsuno M, Makiyama K, Omagari K, Tanaka T, Hara K, Tsuda N, et al. Carcinoma of duodenal bulb arising from the Brunner's gland. *Gastroenterol Jpn* 1993;28:118-25.
15. Tai M, Yoshikawa I, Kume K, Murata I, Otsuki M. A large Brunner's gland hamartoma resected by endoscopic polypectomy. *Gastrointest Endosc* 2001;53:207-8.
16. Merine D, Jones B, Ghahremani GG, Hamilton SR, Bayless TM. Hyperplasia of Brunner glands: the spectrum of its radiographic manifestations. *Gastrointest Radiol* 1991;16:104-8.
17. Matsushita M, Takakuwa H, Nishio A. Endosonographic features of Brunner's gland hamartoma: location within the fourth echolayer? *Am J Gastroenterol* 2001;96:1302-3.
18. Stolpman DR, Hunt GC, Sheppard B, Huang H, Gopal DV. Brunner's gland hamartoma: a rare cause of gastrointestinal bleeding. Case report and review of the literature. *Can J Gastroenterol* 2002;16:309-13.
19. Bastounis E, Pikoulis E, Leppaniemi A, Tsetis D, Tsetis A. Polypoid hamartoma of Brunner's gland of the duodenum. *Dig Sur* 1999;16:431-3.
20. Baladas HG, Borody TJ, Smith GS, Dempsey MB, Richardson MA, Falk GL. Laparoscopic excision of a Brunner's gland hamartoma of the duodenum. *Surg Endosc* 2002;16:1636.
21. Adell Carceller R, Salvador Sanchis JL, Navarro Navarro J, Segarra Soria M, García Calvo R, Gibert Gerez J, et al. Laparoscopically treated duodenal hamartoma of the Brunner's glands. *Surg Laparosc Endosc* 1997;7:298-300.
22. De Angelis G, Villanacci V, Lovotti D, Gianni E, Mazzi A, Buonocore M, et al. Hamartomatous polyps of Brunner's gland. Presentation of 2 cases. Review of the literature. *Minerva Chir* 1989;44:1761-6.
23. Maunoury V, Brunetand JM, Ghisbain H, Leroy B, Saudemont A, Cortot A, et al. Severe acute pancreatitis following laser treatment of periampullary villous adenoma. *Dig Dis Sci* 1993; 38:382-3.
24. Mukherjee S, Mainzer TA, Murthy UK. Endoscopic injection and polypectomy for bleeding Brunner's gland hamartoma. *Gastrointest Endosc* 1999;50:597-8.