



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Mucosa gástrica heterotópica en el recto: reporte de un caso



Pablo Colsa-Gutiérrez*, Mahgol Kharazmi-Taghavi, Rocío Daniela Sosa-Medina,
José Ignacio Berrío-Obregón y Alfredo Ingelmo-Setién

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria, España

Recibido el 25 de marzo de 2014; aceptado el 16 de diciembre de 2014

Disponible en Internet el 1 de agosto de 2015

PALABRAS CLAVE

Mucosa gástrica
ectópica;
Recto;
Resección mucosa
endoscópica

Resumen

Antecedentes: La mucosa gástrica ectópica se ha descrito en distintas localizaciones del tubo digestivo, de todas ellas, el recto es la más infrecuente.

Caso clínico: Mujer de 48 años estudiada por el servicio de digestivo debido a rectorragias y tenesmo rectal. La colonoscopia apreció una cavidad diverticular de 3 cm, cuya anatomía patológica se informó de mucosa gástrica heterotópica de tipo fúndica. El enema opaco y el reporte de la tomografía computada abdominopélvica demostraron una imagen diverticular situada a nivel de la pared posterolateral derecha de la ampolla rectal.

Se practicó diverticulectomía por vía endoanal con cierre primario del defecto mucoso resultante. La pieza quirúrgica evidenció áreas de epitelio gástrico, sin signos de atipia.

Conclusiones: Se ignora si el origen de la mucosa gástrica heterotópica se produce durante el desarrollo fetal o es el resultado de una regeneración anómala, bajo condiciones inflamatorias. Clínicamente suele ser asintomática o presentarse como hematoquecia, especialmente en los casos en que es productora de ácido gástrico; en estos casos, debe hacerse un tratamiento inicial con inhibidores de bomba de protones, aunque el tratamiento definitivo es siempre la escisión quirúrgica o endoscópica de la mucosa.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Ectopic gastric
mucosa;
Rectum;

Heterotopic gastric mucosa in the rectum: Report of a case

Abstract

Background: Ectopic gastric mucosa has been described in different locations of the digestive tract, but that of the rectum is the least frequent.

* Autor para correspondencia: Barrio Ganzo S/N, 39300 Torrelavega, Cantabria, España. Tel.: +942 847 400, ext.: 67039.

Correo electrónico: pablocolsa@hotmail.com (P. Colsa-Gutiérrez).

Endoscopic mucosal resection

Clinical case: The case is described of a 48 year-old woman being investigated by the gastrointestinal department due to rectal bleeding and rectal tenesmus. Colonoscopy showed a diverticular cavity 3 cm, which was reported by histology as fundic-type heterotopic gastric mucosa. Barium enema and abdominopelvic CT showed a diverticular image at level of the right posterolateral wall of the rectal ampulla.

Trans-rectal diverticulectomy was performed with primary closure of the resulting mucosal defect. The surgical specimen showed areas of gastric epithelium with no signs of atypia.

Conclusions: It is not known whether the origin of heterotopic gastric mucosa occurs during foetal development or is the result of abnormal regeneration under inflammatory conditions. It is usually clinically asymptomatic or presents as haematochezia, especially in cases where gastric acid is being produced. In these cases there must be an initial treatment with proton pump inhibitors, although the definitive treatment is always surgical or endoscopic excision of the mucosa.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

Aunque la presencia de mucosa gástrica heterotópica se ha descrito desde la lengua hasta el ano, su localización en recto es muy poco frecuente. Desde que fuera descrita por primera vez en 1939 por Ewell y Jackson¹ no llegan al medio centenar los casos publicados de mucosa gástrica ectópica en recto.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 48 años, estudiada por el servicio de digestivo de nuestro hospital debido a rectorragias y tenesmo rectal. Entre sus antecedentes constaban tabaquismo e hipertensión arterial. Carecía de antecedentes de colitis o trauma rectal.

Respecto a las pruebas complementarias los resultados de laboratorio mostraban valores de: hemoglobina de 10.7 g/dl y antígeno carcinoembrionario (CEA) normal, la colonoscopia apreció una cavidad diverticular de 3 cm (fig. 1) cuya anatomía patológica se informó de mucosa gástrica heterotópica de tipo fúndica. No se evidenció colonización por *H. pylori*. El enema opaco y la tomografía computada abdominopélvica demostraron una imagen diverticular de 3 cm de profundidad, situada a nivel de la pared posterolateral derecha, en la porción más caudal de la ampolla rectal (fig. 2). La gammagrafía no detecta otros focos de captación en la zona.



Figura 1 Colonoscopia que presenta imagen diverticular de 3 cm de diámetro, con biopsia de mucosa gástrica heterotópica.

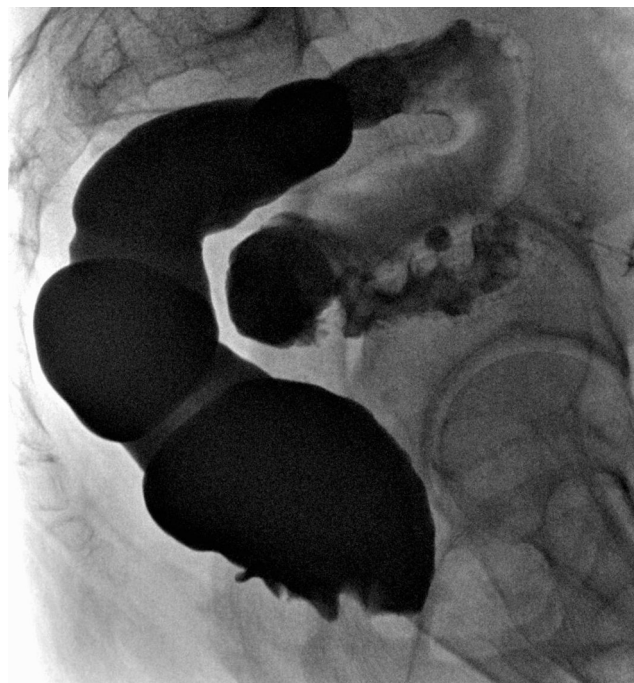


Figura 2 El enema opaco muestra imagen diverticular de 2 cm de profundidad en la porción más caudal de la ampolla rectal.

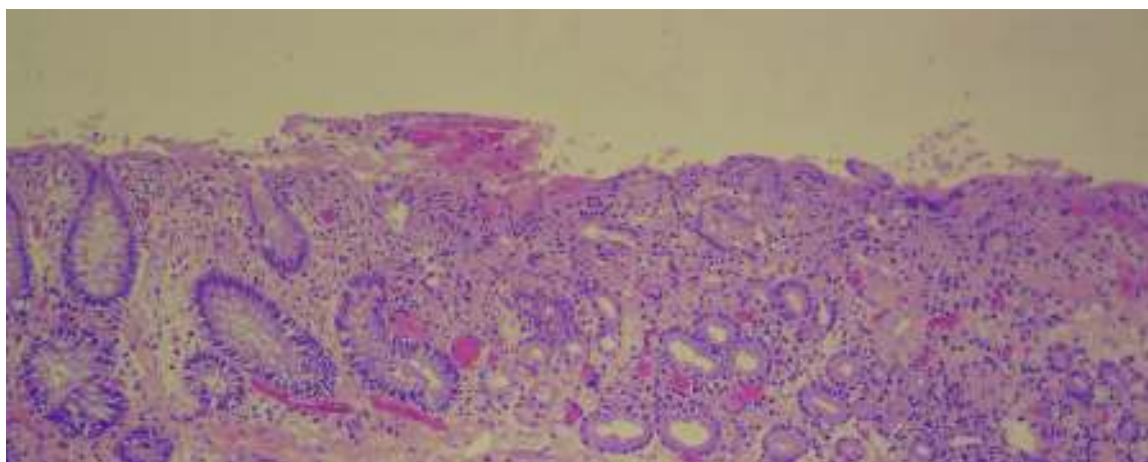


Figura 3 El corte histológico presenta la transición entre una mucosa gástrica de tipo antro-pilórico sin atipias (a la izquierda en la imagen) y una mucosa de tipo colónico con criptas de Lieberkuhn (a la derecha en la imagen).

En este contexto fue valorada por el servicio de digestivo en cirugía general decidiéndose intervenir. El procedimiento se llevó a cabo por vía endoanal, practicando diverticulotomía con cierre primario del defecto mucoso resultante. La pieza quirúrgica evidenció áreas de epitelio gástrico con células mucosecretoras, parietales y principales sin signos de atipia. La transición con la mucosa rectal es abrupta, sin cambios displásicos ni inflamatorios (fig. 3).

Actualmente la paciente se presenta asintomática y sigue controles periódicos en consultas.

Discusión

La mucosa gástrica ectópica se ha descrito en distintos lugares del tubo digestivo (lengua, esófago, duodeno, páncreas, vía biliar e intestino), mediastino² e incluso escroto³ y médula espinal⁴. Dentro de la heterotopía en tracto digestivo, el ano-recto constituye una de las localizaciones más infrecuentes, con apenas 48 casos descritos en la bibliografía.

Su etiología es poco conocida, y existen varias teorías que tratan de explicarla. Algunos autores sostienen que es producto del desarrollo fetal entre la cuarta y séptima semana. Según Morrison⁵, por una diferenciación errónea de las células madre pluripotenciales del endodermo, mientras que para Wolff⁶ considera que se genera por un fallo en el descenso del intestino proximal. Otra posibilidad es que sea el resultado adquirido de una regeneración anómala bajo condiciones inflamatorias, tal y como lo es la metaplasia gástrica en el esófago de Barrett⁷.

Predomina en varones con un pico de incidencia en la segunda década de la vida, y en algunos casos resulta un hallazgo endoscópico casual, durante un estudio de anemia o colon irritable. De los casos sintomáticos más de la mitad presentan: hematoquecia indolora, menos frecuentes son el dolor anal, el dolor abdominal, las melenas, la fístula perineal o, incluso, la fístula rectovesical⁸.

Los hallazgos suelen presentarse en cara posterolateral del recto a más de 5 cm del margen anal (62%)⁹ en forma de: pólipos, divertículos o úlceras¹⁰. Estos hallazgos endoscópicos pueden confirmarse con más del 90% de sensibilidad, mediante la captación de Tc99m.

Histológicamente, el 90% presentan mucosa gástrica aislada, que sin embargo, existen 2 casos descritos en que la mucosa gástrica se asocia a tejido pancreático y en 3 casos a glándulas salivales. La mucosa gástrica heterotópica se ha clasificado en función de su región de procedencia hallando: 50% de mucosa fúndica, 13% de cuerpo gástrico y 3% de pilórica; de los restantes, la mitad presentaban asociación de mucosas de varias regiones gástricas y en la otra mitad el lugar de procedencia no era definible¹⁰.

La mucosa gástrica heterotópica puede ser productora de ácido gástrico, en cuyo caso es importante el tratamiento inicial con inhibidores de bomba de protones o anti-H2 para evitar el desarrollo de rectorragia. En los casos asociados a *H. pylori* debe prescribirse un tratamiento erradicador como primera opción terapéutica. En todo caso, una vez resuelto el episodio agudo de úlcera o gastritis, se indica la escisión quirúrgica o endoscópica de la mucosa como tratamiento definitivo.

Conclusión

En este informe se describe un caso de mucosa gástrica heterotópica sobre un divertículo rectal. Esta es una enfermedad quirúrgica infrecuente, sobre cuyo origen existe controversia. Clínicamente puede comenzar como hematoquecia o ser asintomática. Desde el punto de vista histológico existen distintos patrones, siendo el más habitual el de mucosa gástrica aislada de tipo fúndico. En todos ellos el tratamiento definitivo es la escisión endoscópica o quirúrgica, tal y como se realizó en el presente caso.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ewell GH, Jackson RH. Aberrant gastric mucosa in the rectum with ulceration and hemorrhage. *Wis Med J.* 1939;38:641-3.
2. Willis RA. Some unusual developmental heterotopias. *BMJ.* 1968;3:267-72.

3. Mateen K, Fitzgerald RJ. Heterotopic gastric tissue in the scrotum. *J Urol*. 1996;155:2061.
4. Knigh G, Griffiths T, William I. Gastrocystoma of the spinal cord. *Br J Surg*. 1955;42:635–8.
5. Morrison JE. *Foetal and Neonatal Pathology*. 3rd ed. London: Butterworth; 1970. p. 200–4.
6. Wolff M. Heterotopic gastric epithelium in the rectum: A report of three new cases with a review of 87 cases of gastric heterotopia in the alimentary canal. *Am J Clin Pathol*. 1971;55:604–16.
7. Ming SC, Simon M, Tandon BN. Gross gastric metaplasia of ileum after regional enteritis. *Gastroenterology*. 1963;44:63–8.
8. Kalani BP, Vaezzadeh K, Sieber WK. Gastric heterotopia in rectum complicated by rectovesical fistula. *Dig Dis Sci*. 1983;28:378–80.
9. Limdi JK, Sapundzieski M, Chakravarthy R, George R. Gastric heterotopia in the rectum. *Gastrointest Endosc*. 2010;72:190–1.
10. Steele SR, Mullenix PS, Martin MJ, Ormseth E, Weppler E, Graham J, et al. Heterotopic gastric mucosa of the anus: A case report and review of the literature. *Am Surg*. 2004;70:715–9.