



ADENOMIOMA GÁSTRICO EN ADULTO: REPORTE DE CASO

GASTRIC ADENOMYOMA IN ADULT A CASE REPORT

Zamora Gonzales, Pedro Luis^{1a,2,3}, Somocurcio Peralta, José^{1,b}, Yagui Uku, Carmen Elena^{3,c},
Goicochea Arévalo, Ronald^{1,d}

RESUMEN

Objetivo: Reportar el caso clínico de Adenomioma gástrico como etiología de un síndrome pilórico. **Caso Clínico:** Presentamos el caso de un varón de 52 años que acudió a emergencia por un síndrome pilórico quien fue sometido a una gastrectomía distal. El reporte de anatomía patológica reveló un Adenomioma gástrico con lesión ulcerativa múltiple. **Discusión:** Esta patología es un hallazgo inusual, siendo extremadamente baja su tasa de transformación maligna. **Conclusiones:** El Adenomioma gástrico es una patología infrecuente que debe ser tomada en cuenta cuando los estudios endoscópicos no logran definir la etiología de un síndrome pilórico.

Palabras Clave: Adenomioma; Estomago; Píloro. (Fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

Objective: Report the clinical case of Gastric Adenomyoma as etiology of pyloric syndrome. **Clinical case:** We present a 52 years old man who attended the emergency room due pyloric syndrome and who underwent a distal gastrectomy. The pathological report revealed a gastric adenomyoma with ulcerative lesion. **Discussion:** This pathology is an unusual finding, and the literature describe it with extremely low rate of malignant transformation. **Conclusion:** Gastric adenomyoma is a infrequent pathology and should be taken into account when endoscopic studies are not enough to determine the etiology of a pyloric syndrome.

Keywords: Adenomyoma; Stomach; Pylorus. (Source: MeSH NLM)

¹ Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima – Perú.

² Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

³ Hospital Nacional Daniel A. Carrión, Callao, Perú.

^a Mg. Cirujano general.

^b Mg. Anatómo patólogo.

^c Mg. Patóloga clínica.

^d Cirujano General.

Citar como: Zamora Gonzales PL, Somocurcio Peralta J, Yagui Uku CE, Goicochea Arévalo R. Adenomioma Gástrico en adulto: Reporte de caso. Rev Fac Med Hum. 2022;22(4):878-881. doi:10.25176/RFMH.v22i4.4762

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

Artículo publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con revista.medicina@urp.pe





INTRODUCCIÓN

El Adenomioma gástrico es una patología benigna rara que se caracteriza por presentar ductos y glándulas rodeadas por estroma de musculo liso⁽¹⁻⁵⁾. Las edades de presentación son variables, presentándose desde neonatos hasta ancianos⁽²⁾. Se han descrito 52 casos en la literatura hasta 2017^(1,4). La edad de presentación más frecuente se encuentra entre la cuarta y sexta década de vida^(1,4) sin predilección de género⁽¹⁾ pudiendo estar asociado a páncreas anular, síndrome de Gardner con adenomas duodenales y duplicación gástrica⁽¹⁾. La presentación clínica es variable, pudiendo tener náuseas, vómitos, dolor epigástrico hasta cuadros de hematemesis, anemia y melena^(1,3,4). A pesar de considerarse una enfermedad benigna se han descrito casos de transformación maligna hasta en un 2%⁽⁴⁾. La importancia de tener en cuenta esta patología radica sobre todo cuando los hallazgos endoscópicos no son concluyentes ante cuadros de síndrome pilórico que no evidencian enfermedad maligna u otro tipo de lesiones obstructiva evidentes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón 52 años, natural y procedente de Iquitos, sin antecedentes de importancia, acude a emergencia refiriendo 3 días de epigastralgia, náuseas, vómitos y la incapacidad para eliminar flatos por 2 días; además baja de peso de 7kg en 1 mes e intolerancia oral a sólidos y líquidos; además, apetito aumentado. Al examen se evidencia marcada distensión de hemiabdomen superior con timpanismo, sin reacción peritoneal; se le realizó una radiografía de abdomen simple donde se evidencia gran dilatación de la cámara gástrica sin signos de obstrucción intestinal baja ni niveles hidroaéreos. Se concluye que el paciente presenta emesis por un síndrome pilórico a descartar una lesión infiltrativa; se indica hospitalización para completar estudios.

La tomografía abdominal total con contraste endovenoso evidenció: estomago con distensión y contenido alimenticio en su interior, impresiona condicionada por proceso obstructivo localizado a nivel pilórico que se muestra engrosado de hasta 16mm con realce mucoso difuso de probable causal inflamatorio, la grasa adyacente muestra estriación difusa; concluyendo engrosamiento mural a nivel de la región pilórica con realce mucoso difuso condicionante de proceso obstructivo gástrico, considerar alta sospecha de proceso inflamatorio, la posibilidad de proceso infiltrativo neoplásico no es descartada.

Se realizó una endoscopia digestiva alta donde se describió a nivel del ángulo gástrico una ulcera lineal con bordes regulares y lecho fibrinoso las cuales se biopsian, además antro deformado por cicatrización de ulcera en curvatura menor, píloro ocluido por cicatrización de ulcera en curvatura menor. Bulbo duodenal y segunda porción duodenal no observado; se concluyó ulcera gástrica que deforma y ocluye píloro sin signos de sangrado activo. La anatomía patológica describió gastritis crónica activa severa plasmocitaria con edema y fibrosis de lámina propia, epitelio regenerativo con displasia leve, fondo de ulcera necrótico con células en sombra.

Los estudios pre operatorios describen: Leucocitos $8,03 \times 10^3/uL$, Hemoglobina 12,1g/dL, Plaquetas $320 \times 10^3/uL$, grupo sanguíneo O positivo, Albumina 4,1g/dL, Creatinina 0,69mg/dL, Glucosa 94mg/dL, Urea 41,2mg/dL.

Luego de los estudios endoscópicos y los reportes de anatomía patológica no concluyen la etiología del síndrome pilórico, se decide realizar una Gastrectomía Distal Radical con Linfadenectomía D2 con reconstrucción mediante Gastroyeyunostomía en Y de Roux por proceso inflamatorio gástrico pre pilórico que condiciona obstrucción parcial del piloro, donde no se descarta la posibilidad de que exista un proceso infiltrativo neoplásico. Los hallazgos evidenciaron un tumor gástrico pre pilórico en curvatura menor de 4x3cm de diámetro, duro que ocluye y comprime el píloro, con retracción de serosa de la pared posterior gástrica que condiciona dilatación de cámara gástrica. No lesiones hepáticas, peritoneales ni liquido libre. Posterior al procedimiento quirúrgico el paciente evoluciona favorablemente y fue dado de alta al decimoprimer día post operatorio con buena tolerancia oral.

El reporte de anatomía patológica de la pieza operatoria describió: Adenomioma Gástrico con lesión ulcerativa múltiple, fibrosis y retracción de serosa con vasos arteriales hipertróficos que llegan hasta submucosa (FIGURA 1) Epitelio regenerativo peri ulceroso y tejido de granulación con aisladas células gigantes tipo cuerpo extraño. Gastritis crónica folicular con hiperplasia folicular del manto, bordes quirúrgicos libres – epiplón libre, ganglios linfáticos peri gástricos libres 0/26 con adenitis y congestión linfática.



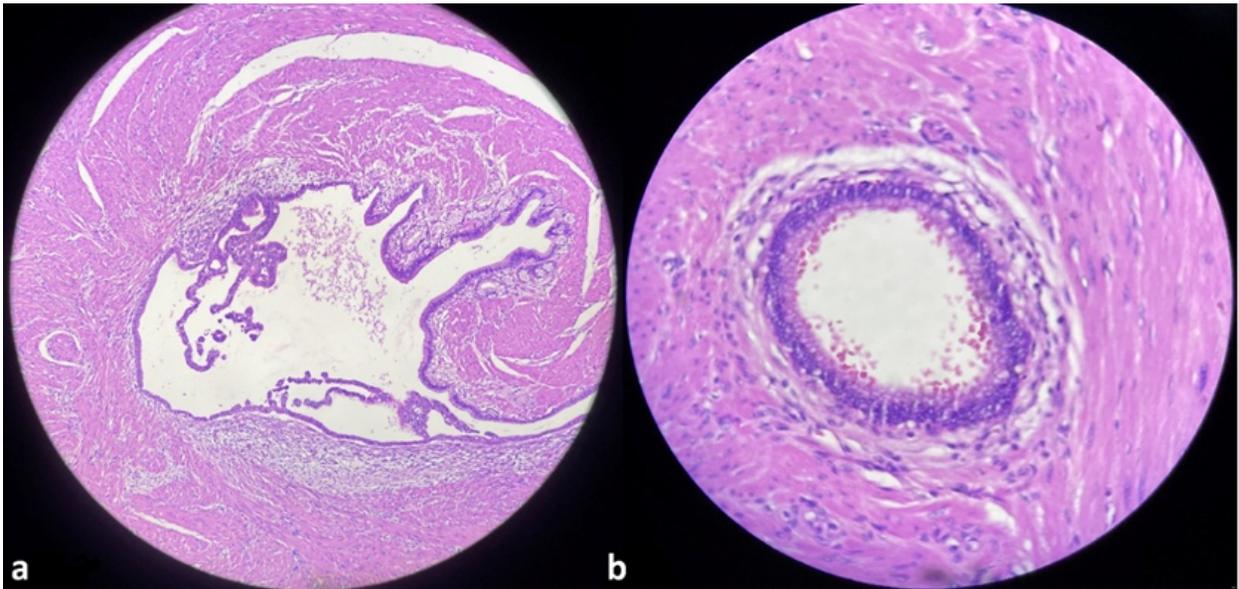


Figura 1. Foto microscopia, Hematoxilina Eosina.
Grupos de glándulas rodeadas por haces de musculo liso. a(x10) b(x40)

DISCUSION

El adenomioma gástrico es una lesión benigna rara compuesta por ductos y glándulas rodeados por estroma de musculo liso⁽¹⁻⁵⁾. También conocido como hamartoma mioglandular, hamartoma adenomatoso o hamartoma mioepitelial^(2,3,5) suele ser hallado en antro y píloro y, cuando el adenomioma es extra gástrico, tiene ubicación en duodeno y yeyuno⁽²⁾. Para varios autores la localización de los adenomiomas es gástrica (25-38%), duodeno (17-36%) y yeyuno (15-21%), y la localización en estomago es: antro (85%), píloro (15%)^(1,3) y excepcionalmente en el cuerpo⁽¹⁾.

Magnus Alsleben fue el primero en describir esta entidad en 1903, producto de 5 casos hallados incidentalmente en necropsias⁽⁵⁾. Diversos autores consideran esta entidad como un hamartoma mientras que otros lo consideran una variante de un páncreas heterotópico^(1,2). En algunos casos coexiste con páncreas heterotópico y en otros casos muestra comunicación entre el lumen gástrico y el componente epitelial de la lesión⁽¹⁾.

En 1909, Heinrich describió 3 subtipos histológicos de páncreas heterotópico, considerando el tercer tipo como "adenomioma", mientras que Matsushita describió sus hallazgos eco endoscópicos y los relacionó con la descripción de Heinrich de la siguiente manera⁽¹⁾:

Tipo 1: Páncreas Exocrino y Endocrino (Páncreas Heterotópico); a la eco endoscópía presenta márgenes indistintos, apariencia heterogénea y localización entre la tercera y cuarta capa.

Tipo 2: Páncreas Exocrino sin islotes (Páncreas Heterotópico); a la eco endoscópía se muestra similar al tipo 1 pero localización solamente en la tercera capa.

Tipo 3: Solo ductos (adenomioma); a la eco endoscópía presenta pequeño núcleo anecoico con engrosamiento de la cuarta capa.

Las edades de presentación son variables, siendo el paciente más joven un neonato de 1 semana de nacido y el más longevo una persona de 81 años⁽²⁾; a la fecha se han descrito 52 casos en la literatura hasta 2017^(1,4) siendo la edad de presentación más frecuente entre la cuarta y sexta década de vida^(1,4) sin predilección de género⁽¹⁾. Las condiciones asociadas pueden incluir páncreas anular, síndrome de Gardner con adenomas duodenales y duplicación gástrica⁽¹⁾.

La clínica es diversa, pudiendo ir desde lo asintomático los cuales se descubren durante una laparoscopia o en necropsias^(1,3) siendo los casos más reportados los asociados a síntomas inespecíficos como náuseas, vómitos, dolor epigástrico, hematemesis, anemia, melena^(1,3,4) e incluso llegando a la obstrucción pilórica intermitente⁽³⁾.



Así mismo, se han descrito casos de peritonitis secundaria debido a perforación⁽¹⁾. Realizar un diagnóstico pre operatorio es difícil, debido a que la mayoría de los síntomas no son específicos, además de los pocos casos descritos en la literatura^(1,3).

Para el diagnóstico, la endoscopia no suele ser muy efectiva debido a que se manifiesta como una lesión submucosa, además de no poderse diferenciar entre hamartoma y leiomioma, melanoma, linfoma, tumor carcinoide, Sarcoma de Kaposi, GIST o granuloma eosinofílico⁽³⁾, por lo cual todas estas lesiones deben ir terminar en manejo quirúrgico para asegurar un correcto diagnóstico⁽²⁻⁴⁾.

A pesar de ser considerado una lesión benigna, el potencial de transformación maligna si existe⁽¹⁻³⁾ siendo menor al 2%⁽⁴⁾. La literatura ha descrito un caso de adenomiosis gástrica con transformación maligna de su

centro glandular⁽²⁾. El uso de tecnologías endoscópicas para la resección de este tipo de lesiones no ha sido reportado; sin embargo, en estudios retrospectivos se ha determinado que estas lesiones han podido ser resecadas mediante esta técnica sin mayor complicación posterior^(2,4). La mayoría de las series revisadas indican el abordaje quirúrgico abierto o laparoscópico como la opción ideal de manejo.

CONCLUSIONES

El Adenomioma gástrico es una patología rara benigna, de difícil diagnóstico clínico, que por lo general suele ser diagnosticada luego del estudio de especímenes quirúrgicos. Se debe tener en cuenta como presunción diagnóstica cuando los estudios previos no son concluyentes; así mismo, el manejo quirúrgico no debe ser retrasado por la falta de etiología, ya que esto puede generar demoras innecesarias que podrían devenir en el deterioro clínico de los pacientes.

Contribuciones de autoría: Los autores participaron en la Genesis original, interpretación de datos y redacción del manuscrito.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses con el contenido del manuscrito.

Recibido: 09 de febrero, 2022

Aprobado: 27 de julio, 2022

Correspondencia: Goicochea Arévalo, Ronald.

Dirección: Jirón Joaquín Bernal 595 Dpto. 701. Lince – Lima - Perú

Teléfono: 945666530

Email: ronald_goicochea@hotmail.com

REFERENCIAS

1. Duran MA, Gómez JR, Guerra T. Gastric Adenomyoma: The Unexpected Mimicker. GE Port J Gastroenterol. 2017 Jul;24(4):198-202. DOI:10.1159/000453302
2. Wang S, Cao H, Zhang Y, Xu M, Chen X, Piao M, Wang B. Endoscopic submucosal dissection for gastric adenomyoma: A rare entity of 15 cases among 571 patients with gastric submucosal eminence lesions. Medicine (Baltimore). 2017 Mar;96(9):e6233. DOI: [10.1097/MD.0000000000006233](https://doi.org/10.1097/MD.0000000000006233)
3. Nabi J, Authoy FN, Akhter SM. Atypical presentation of myoepithelial hamartoma in the antrum of the stomach, mimicking a gastrointestinal stromal tumor: a case report. J Med Case Rep. 2012;6:382. DOI:10.1186/1752-1947-6-382. DOI: [10.1186/1752-1947-6-382](https://doi.org/10.1186/1752-1947-6-382)
4. Anand S, Dhua AK, Bhatnagar V, Agarwala S, Kandasamy D, Kakkar A. Gastric Adenomyosis: A Rare Cause of Pyloric Mass in Children. J Indian Assoc Pediatr Surg. 2020;25(3):172-174. DOI: [10.4103/jiaps.JIAPS_44_19](https://doi.org/10.4103/jiaps.JIAPS_44_19)
5. Lasser A, Koufman WB. Adenomyoma of the stomach. Am J Dig Dis. 1977 Nov;22(11):965-9. DOI:10.1007/BF01076194

