

Adenoma de las glándulas de Brunner. Reporte de un caso y revisión de literatura

Brunner's gland adenoma. Report of a case and literature review

Ofelia Castillo Contreras¹, Edwin Ruíz Barahona¹, Alejandro Yabar Berrocal², Oscar Frisancho Velarde¹

RESUMEN

Se reporta el caso de un paciente varón de 69 años con un gran adenoma de las glándulas de Brunner que se presentó con anemia severa sintomática y pérdida de peso significativa. El estudio endoscópico alto detectó una gran tumoración duodenal que se extendía del bulbo hasta la segunda porción y la biopsia fue informada como duodenitis crónica inespecífica con cambios metaplásicos gástricos. El paciente fue sometido a una duodenopancreatectomía y la histología de la pieza quirúrgica fue un tumor de glándulas de Brunner. El adenoma de glándulas de Brunner se considera un tumor benigno del duodeno; sin embargo, la resección endoscópica está limitada a lesiones menores.

Palabras clave: adenoma, glándulas de Brunner, duodeno.

ABSTRACT

We report the case of a 69-year-old male patient with a large Brunner's gland adenoma, who presented with symptomatic anemia and significant weight loss. The upper gastrointestinal endoscopy showed a large duodenal tumor extending from the bulb to the second portion, and the biopsy was reported as chronic non-specific duodenitis with gastric metaplastic changes. The patient underwent a duodenopancreatectomy, and the histological study of the surgical specimen was reported as a Brunner's gland tumor. Brunner's gland adenoma is considered a benign tumor of the duodenum; however, endoscopic resection is restricted to minor injuries.

Key words: Brunner's gland, adenoma, duodenum.

INTRODUCCIÓN

Las glándulas de Brunner descritas en 1688 por el anatomista suizo Conrad Brunner se localizan especialmente en la submucosa duodenal, disminuyendo gradualmente hacia la ampolla de Vater. Su principal función es secretar un fluido alcalino rico en mucina para proteger el epitelio duodenal de la acidez del quimo; además, produce factores de crecimiento epidérmico como la urogastrona¹.

El adenoma de las glándulas de Brunner (Brunneroma) es un tumor localizado mayormente en el bulbo duodenal (57%) con una incidencia de 0,008% en series de autopsias de 215 000 casos a nivel mundial², habiéndose reportado en la literatura peruana dos casos^{3,4}.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso de un paciente con adenoma de las glándulas de Brunner del Hospital Nacional "Edgardo Rebagliati Martins" (EsSALUD), de Lima- Perú. Los datos clínicos se recolectaron directamente del paciente y de la historia clínica, se incluyen imágenes tomográficas. La biopsia y espécimen quirúrgico fueron evaluados por un anatomopatólogo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente varón de 69 años natural de Ancash y procedente de Lima con antecedente de hipertensión arterial controlada y uso de ácido acetil salicílico; con familia (madre) fallecida por cáncer gástrico. Desde hace 2 meses presenta disnea progresiva al esfuerzo, náusea, hiporexia y baja ponderal de aproximadamente 8 Kg en el último mes. Además, presentó deposiciones semilíquidas autolimitadas en tres ocasiones no asociado a dolor abdominal, sin melena ni cambio de coloración en heces. La persistencia de los síntomas y un resultado particular de Hb en 5,6g/dL motivó que acudiera a emergencia.

Al examen el paciente se encontraba en regular estado general con leve adelgazamiento y palidez acentuada de piel y mucosas; con el resto del examen sin alteraciones significativas. Al tacto rectal no se evidenció melena.

Los exámenes auxiliares demostraron anemia microcítica e hipocrómica (Hb de 5,12 g/dL y VCM 57,72 fL), thevenon en heces positivo (+) y el resto de exámenes incluyendo marcadores tumorales y parasitológico seriado en heces fueron negativos.

La ecografía abdominal informó una hepatopatía difusa con nefropatía parenquimal leve y litiasis biliar múltiple, sin hallazgo de tumoración abdominal.

En la tomografía espiral multicorte de abdomen se observó un marcado engrosamiento de la pared de la primera y segunda porción del duodeno que oblitera el lumen sin captación importante del contraste, con grosor máximo de 40 mm en la segunda porción. En el páncreas no se identificaron lesiones focales ni infiltración ganglionar o metastásica de la lesión "tumoral" duodenal (Figura 1).

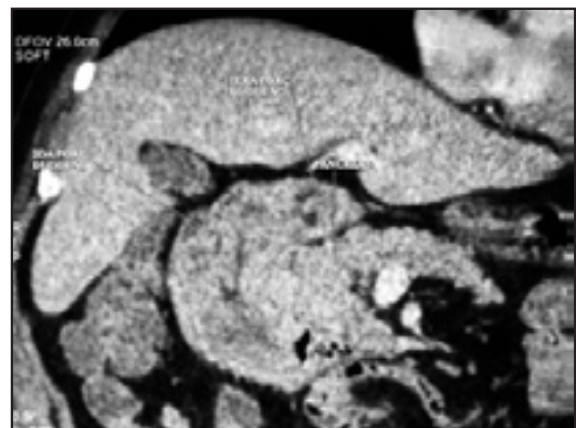


Figura 1. La tomografía muestra marcado engrosamiento de la pared de la primera y segunda porción del duodeno sin captación importante de contraste que oblitera el lumen sin infiltración local ni ganglionar.

1. Departamento del Aparato Digestivo. Hospital Nacional 'Edgardo Rebagliati Martins', EsSALUD, Lima, Perú.

2. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Nacional 'Edgardo Rebagliati Martins', EsSALUD, Lima, Perú.

Durante la endoscopia digestiva alta se observaron dos lesiones duodenales: una en bulbo y la otra en segunda porción; en realidad era una sola tumoración que ocupaba el 60% del lumen, de 80mm de largo (se extendía del bulbo hacia la segunda porción); tenía la superficie heterogénea: lisa en unas áreas, irregular y ulcerada en otras (Figura 2).

Se tomó biopsia de la lesión elevada que fue informada como mucosa duodenal con inflamación crónica inespecífica y cambios metaplásicos gástricos en la superficie.

El paciente fue sometido a una duodenopancreatectomía y luego de seis días fue dado de alta sin complicaciones. El estudio macroscópico del espécimen solamente mostró una tumoración duodenal que por su extensión y características

confundió al endoscopista (Figura 3). El estudio del espécimen quirúrgico fue informado como adenoma de glándulas de Brunner polipoide de 9 x 8 cm. de la primera porción duodenal (Figura 4).

DISCUSIÓN

Las glándulas de Brunner son estructuras tubuloacinares localizadas profundamente en la mucosa y en la submucosa duodenal que secretan mucus, pepsinógeno y urogastrona en respuesta a la estimulación ácida gástrica. El adenoma de las glándulas de Brunner predomina en la quinta y sexta década, es un tumor excepcionalmente raro con una incidencia de 0,4% en los estudios endoscópicos⁶

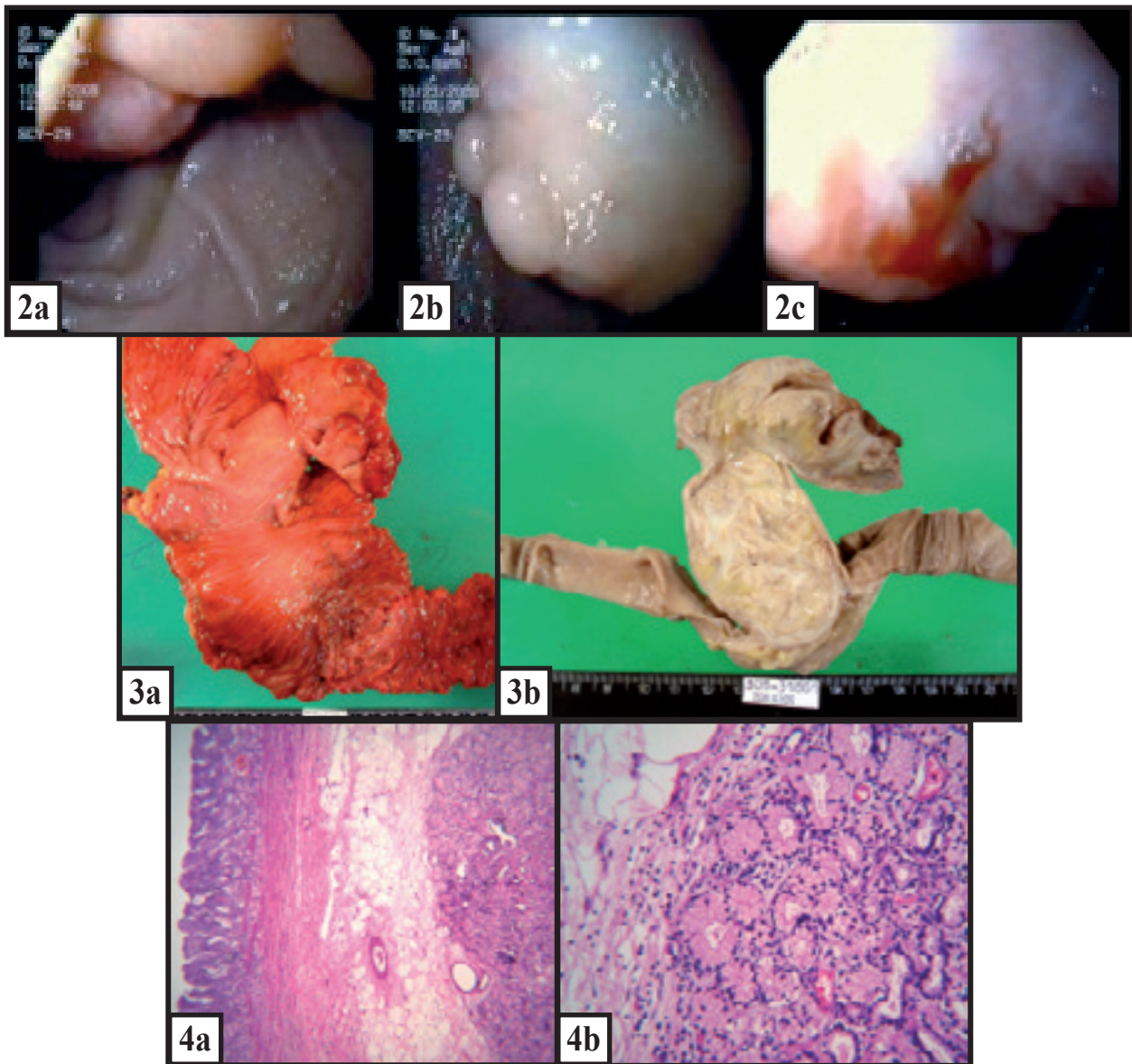


Figura 2. (a) En el bulbo duodenal se observa una lesión elevada sésil de 30 mm y progresando (b) otra gran lesión de pedículo grueso con superficie lisa y mamelonada (c) que en su extremo proximal muestra un área erosionada.

Figura 3. (a) Tumoración duodenal polipoide a nivel de la cara posterior de la primera porción duodenal con pedículo grueso que en su base muestra una elevación redondeada que a la endoscopia simula otra lesión. (b) Al corte del espécimen fijado se observa cavidades de contenido mucoso.

Figura 4. (a) La histología revela adenoma de las glándulas de Brunner H&E (4x). (b) Estas glándulas a mayor aumento muestran conservación de su arquitectura lobular normal H&E (20x).

representando el 10,6% de los tumores benignos del duodeno. Es conocido el pronóstico bueno; sin embargo, se han reportado casos de degeneración maligna⁷.

La patogénesis de este tumor es desconocida y se ha postulado que la hiperacidez gástrica y la duodenitis crónica pueden predisponer a la hiperplasia y dar lugar al adenoma, aunque el proceso inflamatorio no se ha demostrado en todos los casos y solamente el 45% de los pacientes tiene hiperacidez⁸. La infección concurrente con *Helicobacter pylori* es común en pacientes con tumor de glándulas de Brunner pero su rol patogénico permanece incierto⁹. Se ha descrito asociación con enfermedad úlcera péptica, insuficiencia renal crónica y pancreatitis crónica¹⁰.

En una serie de 27 pacientes Levine y colaboradores¹⁰ describieron tres tipos de presentación clínica: asintomático (11%) en los que se detecta incidentalmente; 40% con sangrado digestivo alto manifestado por melena, fatiga, anemia y menos frecuente hematemesis, y 50% con síntomas obstructivos como náusea, vómitos, disconfort postprandial. Raras manifestaciones incluyen intususcepción duodenal, ictericia obstructiva, pancreatitis recurrente y diarrea secundaria a disturbios motores^{5,11}.

Los estudios radiológicos, aunque no específicos, ayudan a delimitar la extensión de la lesión y se sugiere una correlación histológica con el realce homogéneo o heterogéneo -del contraste- de las lesiones en la tomografía¹².

La endoscopia con biopsias es útil para el diagnóstico; sin embargo, la biopsia puede ser negativa debido a la localización submucosa de la lesión³. El uso de la ecoendoscopia permite no sólo visualizar las lesiones submucosas sino identificar la capa de origen, siendo efectiva y confiable para lesiones elevadas duodenales con 93,3% de precisión diagnóstica¹³. Demostrando la apariencia benigna del brunneroma, la ecoendoscopia proporciona la información necesaria para determinar si una resección endoscópica es segura o si se requiere de laparotomía¹⁴.

El diagnóstico diferencial incluye leiomioma, lipoma, tejido pancreático aberrante, duplicación quística duodenal, mucosa pilórica prolapsada, angioma aberrante y tumores malignos como linfoma, tumor carcinoide, leiomiomasarcoma, tumores estromales digestivos, entre otros².

Los adenomas de las glándulas de Brunner son tumores benignos pero se han asociado a malignidad en pocos casos. En nuestro caso la biopsia mostró cambios metaplásicos gástricos de la mucosa duodenal y algunos autores han sugerido a las glándulas de Brunner como precursor de la metaplasia gástrica que podría tener una proclividad neoplásica como en otras regiones del tubo digestivo^{15,16}.

La literatura sobre Brunneromas gigantes duodenales demuestra la dificultad para diagnosticarlos correctamente

en el preoperatorio lo que conlleva el riesgo de sobretatamiento quirúrgico¹⁷. La polipectomía endoscópica representa el manejo ideal siendo más costo efectiva y menos invasiva; sin embargo, depende del lugar y tamaño, así como de la presencia de pedículo¹⁸.

Cuando el adenoma de glándulas de Brunner no tiene dimensiones comunes puede simular una lesión maligna del área pancreática duodenal, como se presentó en nuestro caso, lo que llevó a un sobretatamiento quirúrgico. Esto se justificaría porque las consecuencias de dejar un cáncer no diagnosticado son peores que el riesgo de morbilidad y mortalidad postoperatoria de una duodenopancreatectomía^{19,20}.

CONCLUSIÓN

El adenoma de glándulas de Brunner es un tumor benigno duodenal que puede adquirir grandes dimensiones como en el caso presentado y ser causa de anemia crónica severa, por lo que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones elevadas duodenales.

ASPECTOS ÉTICOS

El reporte del caso se llevó a cabo de acuerdo a los postulados éticos contenidos en la Declaración de Helsinki y sucesivas declaraciones que han actualizado los referidos postulados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cárcamo C., Ramírez J., Álvaro Hornig T., y col. Tumor de las glándulas de Brunner. Cuadernos de Cirugía (Valdivia) 2005; 19: 79-82.
2. Rocco A., Borriello P., Compare D., et. al. Large Brunner's gland adenoma: case report and literature review. World J Gastroenterol 2006; 12:1966-1968.
3. Díaz R., Frisancho O. y Palomino A. Brunneroma: Reporte de un caso. Rev Gastroenterol Perú 2008; 28: 274-277.
4. Chávez M., Verona R., Nago A., Vargas G., Pérez A., Machicado E. Un gran "Brunneroma" como causa inusual de hemorragia digestiva. Rev Gastroenterol Perú. 1997; 17 (1): 75-78.
5. Hol J., Stuijbergen W., Teepen J., Van Laarhoven C. Giant Brunner's hamartoma of the duodenum and obstructive jaundice. Dig Surg 2007; 24: 452-455.
6. Jepsen J., Persson M., Jakobsen N., Christiansen T., Skoubo-Kristensen E., Funch-Jensen P., Kruse A., Thommesen P. Prospective study of prevalence and endoscopic and histopathologic characteristics of duodenal polyps in patients submitted to upper endoscopy. Scand J Gastroenterol 1994; 29: 483-487.
7. Brooks M., Manjunatha S., Allen C., Cox M.. Malignant potential in a Brunner's gland hamartoma. Postgrad Med J 2003; 79: 416-417.
8. Chattopadhyay P., Kundu A., Bhattacharyya S., Bandyopadhyay A. Diffuse nodular hyperplasia of Brunner's gland presenting as upper gastrointestinal haemorrhage. Singapore Med J 2008; 49(1): 81.
9. Kovacevic I., Ljubic N., Cupic H., et. al. Helicobacter pylori infection in patients with Brunner's gland adenoma. Acta Med Croatica 2001; 55:157-160.

10. Levine J., Burgart L., Batts K., Wang K. Brunner's gland hamartomas: clinical presentation and pathological features of 27 cases. *Am J Gastroenterol* 1995; 90:290-294.
11. Spellberg M., Vucelic B. A case of Brunner's glands hyperplasia with diarrhoea responsive to cimetidine. *Am J Gastroenterol* 1980; 73: 519-522 10.
12. Patel N., Levy A., Mehrotra A. and Sobón L. Brunner's Gland Hyperplasia and Hamartoma: Imaging features with Clinicopathologic Correlation. *AJR*. 2006; 187: 715-722.
13. Xu Gq, Wu Yq, Wang Lj, Chen Ht. Values of endoscopic ultrasonography for diagnosis and treatment of duodenal protruding lesions. *J Zhejiang Univ Sci B* 2008; 9(4):329-334.
14. Becker S., Ziv-Sokolovskia N.. Brunner's gland hamartoma of the duodenum (Brunneroma). *IMAI* 2004; 6: 702-703.
15. Kushima R., Stolte M., Dirks K., Vieth M., Okabe H, Borchard F, Hattori T. Gastric-type adenocarcinoma of the duodenal second portion histogenetically associated with hyperplasia and gastric-foveolar metaplasia of Brunner's glands. *Virchows Arch* 2002; 440: 655-659.
16. Sakurai T., Sakashita H., Honjo G., Kasyu I., Manabe T. Gastric foveolar metaplasia with dysplastic changes in Brunner gland hyperplasia: possible precursor lesions for Brunner gland adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol* 2005; 29: 1442-1448.
17. Tan Ym And Wong Wk. Giant Brunneroma as an Unusual Cause of Upper Gastrointestinal Hemorrhage: Report of a Case. *Surg Today* 2002; 32: 910-912.
18. Chen Yy, Su Ww, Soon Ms, Yen HH. Hemoclip-Assisted Polypectomy of Large Duodenal Brunner's Gland Hamartoma *Dig Dis Sci* 2006; 51:1670-1672.
19. Iusco D., Roncoroni L., Violi V., Sarli L. Brunner's Gland Hamartoma: 'Over-Treatment' of a Voluminous Mass Simulating a Malignancy of the Pancreatic-Duodenal Area. *J Pancreas (Online)* 2005; 6(4): 348-353.
20. Lee Wc, Yang Hw, Lee Yj, Jung Sj, Choi Gy, Go H, Kim A, And Cha Sw. Brunner's Gland Hyperplasia: Treatment of Severe Diffuse Nodular Hyperplasia Mimicking a Malignancy on Pancreatic-Duodenal Area. *J Korean Med Sci* 2008; 23: 540-543.

CORRESPONDENCIA

Ofelia Castillo Contreras

brisaida2@yahoo.es

Recibido: 03/07/09

Arbitrado: Sistema por pares

Aprobado: 03/08/09

Acta Médica Peruana

Órgano Oficial de difusión científica del Colegio Médico del Perú

38 AÑOS



al servicio de todos los Médicos del Perú

Ingrese gratuitamente al portal electrónico de Acta Médica Peruana desde www.cmp.org.pe