

## CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, POLIPO DUODENAL DE 30 MM. (ADENOMA BRUNNERIANO) Tratamiento endoscópico

**Eq.Tte.Cnel.(M) Carlos Mescia**, *Jefe del Departamento de Endoscopía Digestiva del H.C.FF.AA.*  
**Eq.Tte.1º (M) Miny Bak**, *Gastroenteróloga endoscopista digestivo del H.C.FF.AA.*  
**Eq.Tte.1º(M) Víctor Laxalt**, *Cirujano del H.C.FF.AA.*  
**Dr. Alvaro Piazze**, *Cirujano, endoscopista digestivo.*

### RESUMEN

Se presenta un paciente con hemorragia digestiva alta, cuya etiología resultó ser un adenoma Brunneriano voluminoso de primer porción de duodeno, tratado exitosamente con polipectomía endoscópica. Se destaca la poca frecuencia del mismo. Las biopsias endoscópicas pueden resultar insuficientes para un diagnóstico histológico definitivo.

### SUMMARY

It is presented a patient with upper digestive hemorrhage, whose etiology turned out to be a bulky Brunner's adenoma at the first portion of the duodenum. It was successfully treated with an endoscopic polypectomy. It is stressed the rare frequency of the same. Endoscopic biopsies might not be enough to carry out a definitive histologic diagnosis.

#### I. CASO CLINICO

Paciente del sexo masculino, 36 años, con antecedentes personales de intervención por quiste pilonidal en 1983 e ingesta accidental de nafta en 1993.

**21/11/1995:** Consulta por melenas de 72 horas de evolución, en policlínica gastroenterológica. Sin repercusión hemodinámica. Niega ardor y dolor epigástrico, no pirosis ni regurgitaciones, no ingesta de AINE, niega alcoholismo y antecedentes de hepatitis. Sin AF a destacar. Al examen anemia clínica y examen abdominal normal.

*Paraclínica:* Hto. 35%; Hb 12 grs; 152.000 plaquetas; tiempo de protrombina de 100%.

**22/11/1995 FGC:** Esófago, cardias, estómago y píloro normal. En bulbo duodenal, se identifica gruesa lesión polipoidea, móvil, de aproximadamente 30 mm. de diámetro mayor, que ocupa casi en su totalidad la luz del bulbo, de color rojo intenso, superficie irregular, sin sangrado al momento del examen, con pedículo corto y ancho de 10 mm. Se biopsia.

*Anatomía patológica:* adenoma tubular con displasia moderada.

Visto en conjunto con cirujanos, se decidió intentar la polipectomía endoscópica en block quirúrgico, con sedación a cargo de anestesiistas y equipo quirúrgico pronto, para actuar frente al fracaso de la técnica o por sus posibles complicaciones (hemorragia, perforación).

**05/12/1995:** polipectomía endoscópica sin incidentes, utilizándose exclusivamente corriente de coagulación. Se recupera la pieza que por su tamaño encontró dificultad en su extracción, a través del esfínter esofágico superior. Control endoscópico de la base de implantación, situada en la unión de la cara anterior e inferior, realizándose inyección de vasoconstrictor (2 cc de adrenalina diluida) y esclerosante (1 cc de AET) en virtud de ser amplia y para prevenir sangrados diferidos.

Alta a las 48 horas, sin complicaciones.

*Anatomía patológica de la pieza:* Macroscopía: formación groseramente ovoidea de color rojovinoso, superficie aterciopelada, de 30 por 30 mm, con sector de 8-9 mm blanquecino informada como base de implantación seccionada con coagulación.

*Microscopía:* adenoma Brunneriano.

*Evolución clínica:* sin sangrado digestivo ni anemia clínica, asintomático.

## II. COMENTARIOS

Etiológicamente, la HDA causada por lesiones polipoideas duodenales, es rara. En la revisión de 800 FGC del año 1995 en el H.C.F.F.AA., existen 76 realizadas por hematemesis y/o melenas, que corresponden al 9.5 % del total. Discriminadas las etiologías: 32 pacientes con gastritis y/o duodenitis aguda erosiva, 14 úlceras duodenales, 10 úlceras gástricas, 3 esofagitis erosivas, 2 neoplasmas gástricos ulcerados, 1 paciente con úlcera gástrica y duodenal, 2 pacientes con gastritis aguda erosiva y úlcera gástrica, 2 pacientes con úlceras duodenal y gastritis aguda erosiva, en 9 pacientes no se descubrieron causa del sangrado hasta 2ª porción del duodeno y 1 paciente con el pólipo duodenal referido.

En esta revisión corresponde al 1.3 %, cuando en realidad es mucho menos frecuente, ya que los endoscopistas del Servicio, no recuerdan por años haber visto caso similar.

Respecto al diagnóstico anatomopatológico inicial, comprobamos que las biopsias realizadas no representaron una muestra suficiente para el diagnóstico definitivo, no coincidiendo el diagnóstico de las biopsias con el estudio de la pieza. En ese sentido se han aconsejado las biopsias extraídas con asa de polipectomía, obteniéndose una muestra más representativa (1).

El diagnóstico inicial fue de adenoma tubular con displasia moderada. Los adenomas del duodeno se clasifican igual que los de colon en tubulares, túbulovellosos y vellosos. Asientan con más frecuencia en las porciones distales del duodeno. Existe un porcentaje de cancerización estimado en 27 % (1).

En cambio el diagnóstico histológico definitivo de la pieza mostró que se trataba de un adenoma Brunneriano.

Las glándulas de Brunner asientan desde el píloro hasta el sector suprapapilar. Son glándulas submucosas que tienen un conducto excretor que desemboca en las criptas de Lieberkun.

Segregan un líquido alcalino para contrarrestar el exceso de secreción ácida gástrica. Se han descrito hiperplasias en el síndrome de Zollinger Ellison, pero raramente desarrollan un tumor (2).

Histológicamente, y siguiendo a Feyter (1), los procesos patológicos en las glándulas de Brunner, se clasifican en: hiperplasia nodular difusa; hiperplasia nodular focal y la hiperplasia adenomatosa.

Los adenomas Brunnerianos se localizan en la primera porción del duodeno (3,4), de tamaños variables de 1 a 6 cm (3), pedunculados (3) o sesiles (1).

La edad de presentación más frecuente es en la 5ª y 6ª década de la vida (3). Clínicamente pueden permanecer asintomáticos (3), o presentarse como una

hemorragia digestiva alta (2,3,5), según ciertos autores (1) entre 43-50 % de los casos. A veces como hemorragia digestiva masiva (4). Otra forma de presentación es con cuadro de obstrucción (3,5).

La secuencia diagnóstica de clínica, radiología, endoscopia digestiva y anatomía patológica, se alteró en este paciente, al haber consultado por hemorragia digestiva, prefiriéndose comenzar por el estudio endoscópico, que otorgó el diagnóstico etiológico, topográfico y permitió obtener biopsias.

Sin embargo, el esofagogastroduodeno por doble contraste, en otros pacientes, puede evidenciar un sector de falta de relleno con caracteres exofíticos, sus dimensiones, presencia o no de pedículo, relación topográfica con la papila, estado de la mucosa adyacente, lesiones estenosantes y eventuales asociaciones lesionales (1). Si la sospecha de lesión neoplásica afecta porciones distales del duodeno, permite al endoscopista hacer un examen mas dirigido, por ejemplo, llegar hasta 3ª o 4ª porción duodenal.

Para ello puede elegir el tipo de endoscopio a utilizar. Por ejemplo, emplear el fibrocolonoscopio, que por su mayor longitud permite acceder a sectores más distales del tracto digestivo superior; o el duodenoscopio de visión lateral ante la sospecha de lesión a nivel de la papila de Vater.

El tratamiento puede ser quirúrgico por laparotomía, (3,5) o de ser posible la polipectomía endoscópica (3,6). El riesgo de evolución neoplásica es prácticamente nulo (1), y hay trabajos de seguimiento hasta 7 años sin recurrencia (3).

## III. BIBLIOGRAFIA

- (1) DI FEBBO G, LUZZA F, et col. Tumeurs benignes et malignes du duodenum. *Encycl.Med.Chir., Estomac - Intestin*, París, France, 1990; 9037: A10.
- (2) SAEGESSER F, ET VISCHOFF D. Tumeurs de l'intestin grele. *Encycl.Med.Chir. Estomac - Intestin*, París, France, 1986;9067: C10: 7- 14.
- (3) LEVINE JA, BURGART LJ, BATTIS KP, WANG KK. Brunner's gland hamartomas: clinical presentation and pathological features of 27 cases. *Am.J.Gastroenterol*, Feb 1995; 90 (2) : 290 - 4
- (4) KOURAKLIS G, KOSTAKIS A, DELLADETSIMA J. Hamartoma of Brunner's glands causing massive haematemesis. *Scand.J.Gastroenterol*. Sep 1994; 29 (9): 841 - 3
- (5) ROJAS ORTEGA S, SANCHEZ SOSA S, SAN ROMAN GR, CESIN SANCHEZ R, ARIZPE BRAVO D. A case of Brunner's gland hamartoma as a cause of digestive tract hemorrhage. *Rev.Invst.Clin*. Mar-Abr 1995; 47(2): 139-42.
- (6) HARDT M, KRUIS W, EIDT S. A rare cause of upper gastrointestinal hemorrhage: large adenoma of Brunner's glands. *Rev.Z.Gastroenterol*, 1994; 32(10): 589-91.

