

Tumor benigno gástrico

Dres. GUILLERMO MESA FIGUERAS y MIGUEL MATE *

INTRODUCCION

El motivo de esta presentación lo constituye una entidad clinicorradiológica de incidencia sumamente baja.

Frente a un sufrimiento digestivo que oriente al clínico al sector gastroduodenal, la comprobación radiológica de una lesión orgánica a ese nivel, salvo excepciones, adelantará poco en el diagnóstico. De aquí surge que la mayor parte de estos procesos constituyan hallazgos operatorios. Aun así son excepcionales. La casuística del Hospital de Clínicas ubica los pólipos gástricos con una incidencia de 0,0023 %.

ETIOLOGIA

No es conocida. Hay quien sostiene un factor hereditario. Otros autores plantean el origen vinculado a la inflamación crónica o que se trate de granulomas eosinófilos. Finalmente, como en nuestro caso, puede tratarse de tejido pancreático aberrante.

La naturaleza histopatológica puede dejar lugar a dudas. No es infrecuente la confusión de estas tumoraciones con el carcinoma gástrico. Esta situación se planteó en oportunidad del estudio del enfermo que presentaremos, en quien sin embargo, en última instancia el estudio exhaustivo de la pieza confirmó que se trataba de tejido pancreático.

PANCREAS ABERRANTE GASTRICO

El 25 % de estas entidades son de localización gástrica. El 70 % de los pacientes

son hombres y se hallan en su mayoría entre los 25 y 55 años de edad.

Dentro de las localizaciones gástricas el 85 % ocurre en el antro.

Alrededor de 75 % están en la submucosa, el 15 % son intramurales y el 10 % son subserosos. Cualquiera que sea su ubicación, el tumor está compuesto de ácinos pancreáticos con un canal excretor común que siempre desemboca en la luz gástrica. Destacamos este último hecho por su importancia diagnóstica.

El tamaño habitual es de aproximadamente 1 cm. de diámetro. Pueden ser mucho mayores cuando por obstrucción del canal excretor sufren una degeneración quística.

Es excepcional que coexistan más de uno en el órgano.

Esta descrito el desarrollo dentro de divertículos gástricos, pero nunca dan origen a pseudodivertículos.

Pueden ser afectados por todas las enfermedades del páncreas como ser pancreatitis aguda, carcinoma, fibrosis, etc. Sin embargo las dos complicaciones más frecuentes son la hemorragia y la obstrucción pilórica. Fuera de estas dos últimas complicaciones no dan origen a sintomatología por sí.

Como la última palabra sobre la naturaleza de la lesión será dada por el estudio microscópico del tumor, realizada en la pieza de exéresis, el tratamiento indefectiblemente exigirá la laparatomía y la resección quirúrgica.

CASO CLINICO

A. P. T., sexo masculino, 36 años. CASMU, 364.656. El motivo de consulta fue una historia monosintomática de melenas leves y medianas.

* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 7 de octubre de 1970.

* Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica; Adjunto de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

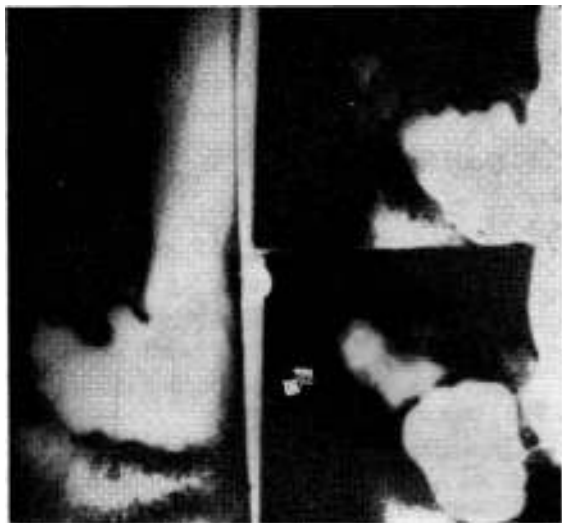


FIG. 1.— Estudio radiológico contrastado esofagogastroduodenal. Se observa la imagen lacunar correspondiente a la tumoración topografiada en el antro. El resto del estudio es normal.

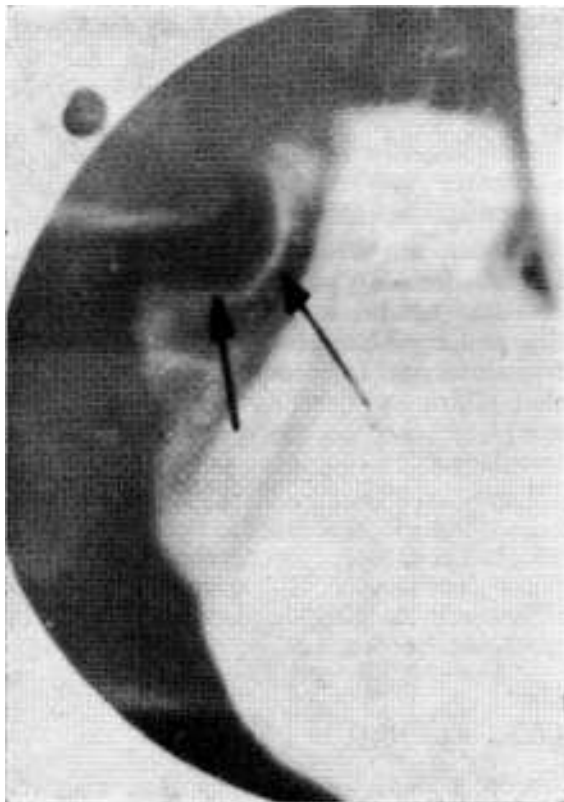


FIG. 2.— Un enfoque a mayor aumento, destacándose más la tumoración.

Se comenzó su estudio por el sector digestivo alto motivado por su pasado de dispepsia hiperesténica.

Del estudio radiológico surgió la comprobación de una imagen polipoidea antral (figs. 1 a 4). Salvo la alteración morfológica pura no se detectó otra asociación de lesión intra o extragástrica. No existía compromiso orificial, no había rigideces. Los demás elementos de valoración general fueron normales.



FIG. 3.— Mucosografía. Se insinúa trazo conteniendo medio de contraste ubicado en plena tumoración. ¿Conducto excretor?



FIG. 4.— Control postoperatorio. Radiografía de pie. Estudio realizado al año de la intervención.

Operación. Laparotomía mediana supraumbilical, exploración abdominal no agregó elementos a los ya conocidos. La palpación del antro mostraba la existencia a ese nivel, dentro de la luz gástrica de una formación ovoide de escaso tamaño, de consistencia firme y móvil. Abierto el estómago se comprobó la presencia sobre la cara anterior del antro de una formación poliposa, sésil, recubierta por mucosa normal y sin elementos de induración basal o extensión local. La táctica consistió en la resección en collarate incluyendo toda la pared gástrica, con peritoneo inclusive. Cierre de la brecha gástrica en dos planos y cierre de la laparotomía.

La evolución postoperatoria fue excelente.

Pocos días más tarde se obtuvo el informe del anatomopatólogo: carcinoma gástrico muy atípico.

Previo a una reintervención con fines de realizar una gastrectomía total se solicitó la revisión de la pieza por otros patólogos. El informe de éstos fue tejido pancreático normal, constituyendo un páncreas aberrante.

A pesar de este informe se mantuvo al paciente bajo observación clínica y radiológica seriada. A la fecha actual, tanto el aspecto subjetivo como el estudio radiológico concuerdan con los datos histopatológicos definitivos. En el momento actual han transcurrido 15 meses desde la intervención.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Hemos presentado un caso de pólipo gástrico por páncreas aberrante. Creemos que su interés radica en su excepcionalidad. Con la revisión de los estudios radiológicos planteamos la posibilidad de una aproximación diagnóstica: en una de las placas parece observarse el conducto excretor relleno de sustancia de contraste, signo que Palmer da como patognomónico. A pesar de una duda diagnóstica transitoria surgida de un informe anatomopatológico primario, la conducta expectante confirmó lo acertado de la actitud conservadora.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Nous avons présenté un cas de polype gastrique dû à un pancréas aberrant. Nous croyons qu'il est intéressant du fait même

de son caractère exceptionnel. Nous examinons la possibilité d'une approche diagnostique par la révision des études radiologiques: dans une des plaques l'observation semble indiquer que le conduit excréteur est rempli de substance de contraste, signe que Palmer considère comme pathognomonique. Malgré un doute diagnostique momentané découlant d'un rapport anatomopathologique primaire, la conduite expectante a confirmé combien l'attitude conservatrice était justifiée.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

This is the case-history of polypous gastritis duo to aberrant pancreas. Its interest lies in the rarity of the disease. A revision of radiological studies suggests the possibility of diagnostic approximation: in one of the X-ray pictures there seems to be an excretory duct filled by contrast medium which Palmer considers a pathognomonic sign. In spite of transitory doubts which arose out of a primary anatomopathological report, confirmed the wisdom of a conservative attitude.

BIBLIOGRAFIA

1. AVERY, J. y GUMER, J. W. P. Tumores gástricos benignos. *Gastroenterología Clínica*, 178, 1963.
2. CARLSON, E. and GUY WARD, J. Inflammatory gastric polyps. *Am. J. Surg.*, 99: 352, 1960.
3. GOSSET, J. Tumores benignos del estómago. *Patología Quirúrgica*, V. 503.
4. HAY, J. and CAREY, J. Gastric polyps. *Gastroenterology*, 10: 102, 1948.
5. HUPPLER, E. and PRIESTLEY, J. T. Diagnosis and result of treatment in gastric polyps. *Surg. Gynec. and Obst.*, 110: 309, 1960.
6. MAINGOT, R. Tumores benignos del estómago. *Operaciones abdominales*, 1: 497, 1957.
7. PALMER, E. T. *Gastroenterología clínica*, p. 194. Edit. Cajiga, 1958.
8. PERRY, T. Polipoid adenomas of the stomach. *Am. J. Surg.*, 101: 440, 1961.