

Hamartoma gástrico: dos casos tratados con resección local

Dres. Jorge W. Baldizán, Luis A. Cazabán, Luis A. Carriquiry
y Luis M. Falconi *

Los autores analizan 2 observaciones clínicas de hamartoma gástrico, diagnosticadas en el acto operatorio y tratadas con resección simple de la masa tumoral. La endoscopia preoperatoria y la biopsia extemporánea permiten el diagnóstico preciso y la táctica operatoria apropiada a esta rara afección gástrica.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Stomach tumors / Surgery.

El hamartoma gástrico es una afección de baja incidencia y por ello presenta problemas importantes de diagnóstico y tratamiento que creemos justifican esta presentación. Los 2 casos que presentamos tienen la particularidad de haber sido resueltos con una resección conservadora.

En nuestro medio Ardao y Aguiar (3), Bortagaray (4), Bosch (5) y Mesa (13) ya se ocuparon del tema. En 1972, Puig y colaboradores (16) presentaron 3 casos que fueron tratados mediante gastrectomía subtotal.

MATERIAL Y METODOS

Observación Nº 1.—J.V.G. Paciente de 40 años que ingresa a Sanatorio el 4-IV-74 por hematemesis. Su enfermedad actual, comienza un día antes del ingreso con dolor epigástrico tipo puntada de mediana intensidad, que calmaba con los alimentos. 4 horas más tarde presenta hematemesis sin coágulos, de mediana cantidad. Sudoración, no mareos ni lipotimias. Acalmia posterior. Antecedentes: 4 años antes dispepsia hipercistémica.

Examen. Lúcido, apirético. Bien hidratado. Bien compensado hemodinámicamente con PA de 15/9. El examen abdominal revela discreto dolor a la palpación en epigastrio. Hematocrito: 31 %.

Un primer gastroduodeno contrastado no demuestra lesión orgánica.

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 23 de junio de 1976.

Residente, Profesor Adjunto y Asistente de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo, Anatomopatólogo del Hospital Italiano.

Dirección: Ariosto 260, Montevideo (Dr. J. Baldizán).

Clínica Quirúrgica "B" (Prof. Jorge Pradines).

Tratado con antiespasmódicos, sangre, tranquilizantes, protectores de la mucosa gástrica y régimen gástrico, mejora, no repitiendo el sangrado.

Un nuevo gastroduodeno muestra: imagen vegetante de gran curva gástrica en región antral.

Es intervenido el 15-IV-74. Incisión mediana supraumbilical. La exploración demuestra la existencia de una tumoración redondeada de 4 cm. de diámetro situada en gran curva de región antral del estómago. No existen adenopatías, ni infiltración de los epiplones ni de la periferia tumoral. Se realiza gastrostomía longitudinal donde se comprueba que la tumoración es vegetante, a base sesil, levantando la mucosa que presenta una lesión ulcerada de alrededor de 1 cm de diámetro en su vértice. No hay infiltración ni alteraciones de la mucosa gástrica en el resto del órgano.

Procedimiento. Dadas las características benignas de la tumoración se decide realizar resección de la misma, realizando el cierre del estómago en 2 planos. La evolución postoperatoria del paciente fue excelente siendo dado de alta a los 5 días.

Anatomía patológica (Dr. Falconi). Fragmento de tejido de 2 x 2 x 1 cm. Formación nodular constituida por formaciones concéntricas de fibras musculares lisas y glándulas de mucosa gástrica antral, quistificadas, otras con disposición brunneriana. Se trata de una hamartoma mioepitelial de la pared gástrica.

Observación Nº 2.—M.E.F. de M. Paciente de 51 años procedente de Durazno que ingresa el 15-II-75. En octubre de 1974 luego de una ingesta de excitobiliares presenta dolor epigástrico intenso de 3 horas de evolución y retroceso espontáneo. Se acompaña de chuchos de frío y sudoración profusa. Vista por médico le comprueba ictericia de piel y mucosas por lo que es internada en el hospital de Cerro Chato, donde mejora con tratamiento médico. En enero de 1975 se le realiza colecistografía que fue negativa. Antecedentes: dispepsia hipocistémica selectiva para excitobiliares. Al examen: obesa, estado general conservado. Abdomen y resto del examen normal.

Con el diagnóstico de litiasis vesicular y coledociana es intervenida el 20-II-75. Incisión transversa de HD. La exploración muestra vesícula con múltiples cálculos pequeños. Colédoco dilatado. Litiasis coledociana. Tumefacción irregular de 3 cm de diámetro en cara anterior de antro gástrico, prepilórica. Procedimiento: 1) Resección completa de la tumoración gástrica que se envía para biopsia extemporánea. La biopsia por congelación revela que se trata de un hamar-

toma gástrico. Cierre de la brecha realizando piloroplastia a la Heinecke Mickulicz en 2 planos. 2) Colecistectomía y coledocostomía.

Buena evolución postoperatoria.

Anatomía patológica (Dr. Falconi). Fragmento de 3 x 2 cm. Por debajo de la mucosa se observa una lesión blanquecina de consistencia firme, elástica. Microscópicamente se trata de pared gástrica que presenta a nivel de la submucosa formación de acinos pancreáticos, glándulas gástricas y proliferación de músculo liso. Se trata de un hamartoma mioepitelial de la pared gástrica.

COMENTARIO

Fue Albrecht (2) en 1904 que utilizó el término hamartoma por primera vez, refiriéndose de este modo a la hiperplasia de anomalías locales embriogénicas de los órganos debido a un defecto en la constitución tisular de un punto determinado (hamartos = defecto, mezcla tisular defectuosa).

Maess y Wendt (10) consideran que el término de hamartoma ha sido generalizado a todas las anomalías que Albrecht había diferenciado, siendo utilizado como un sinónimo de dismorioplasia.

En 1940 Clarke (7) propone el término de hamartoma mioepitelial para un conjunto de afecciones que incluye el páncreas aberrante, el adenomioma, el adenoma de Brunner y otras afecciones dismorioplásicas del tracto gastro-intestinal. Con ello intenta simplificar la nomenclatura de un grupo de entidades, clasificadas hasta ese momento con un criterio puramente histológico, unificándolas mediante un criterio patogénico y morfológico al mismo tiempo. El término hamartoma como hemos visto se refiere a aberraciones congénitas del desarrollo normal, fundamentalmente la permanencia de tallos epiteliales embrionarios que quedan latentes y de allí la mayor frecuencia de estas afecciones en la región antropiloro-duodenal, lugar de origen de los conductos biliares y pancreáticos. El término mioepitelial se refiere a la frecuente proliferación del tejido muscular liso que acompaña a la proliferación glandular, aunque no es constante en presencia y cantidad.

El término es refrendado por Mitchel y Angrist (12) en 1943 en un trabajo en el cual se presentan 24 casos de esta entidad patológica. Continúa siendo aplicado en el momento actual por la mayoría de los autores americanos (9, 11, 18) y alemanes (10). En nuestro medio el Prof. Juan F. Cassinelli (6) se adhirió a este criterio, ya que bajo la denominación de hamartoma mioepitelial se pueden unificar varias entidades patológicas que aunque presentan diferencias histológicas, parecen tener un mismo origen etiopatogénico y tienen además similares características clínicas. Los autores franceses (1, 15, 17, 19) sin embargo, prefieren utilizar el término de tumores benignos heterotópicos manteniendo aún hoy el criterio histológico de clasificación.

El hamartoma gástrico no presenta ningún síndrome clínico característico. Generalmente

presenta síndromes dispépticos atípicos caracterizados por dolores epigástricos, aunque muchas veces son asintomáticos y se descubren en un acto operatorio por otra causa (como en nuestra observación N° 2) o en autopsias. Con mayor frecuencia el hamartoma se revela por una complicación: generalmente la hemorragia digestiva, siempre de intensidad ligera o mediana y más raramente la estenosis gastro-duodenal o la perforación.

Por lo dicho surge que los diagnósticos diferenciales más importantes son las lesiones ulceradas gástricas y fundamentalmente el carcinoma gástrico, que tiene que ser el primer diagnóstico a descartar; a ello están encaminados los exámenes complementarios.

La radiología (14, 20) en la forma tumoral presenta elementos comunes a todos los tumores benignos. Cuando son pequeños muchas veces pasan desapercibidos o su visualización es dificultosa, requiriendo más de un estudio contrastado (observación N° 1). En las formas ulceradas o estenosantes en general se piensa en úlceras crónicas o cáncer gástrico por su mayor frecuencia. En definitiva el estudio radiológico nunca es concluyente y generalmente orienta hacia otra patología.

Es por esto que la endoscopia tiene un valor fundamental. Ella permite visualizar el estado de la mucosa gástrica y mediante el estudio biopsico descartar la presencia de un carcinoma gástrico. Ha sido poco utilizada hasta el momento actual en los casos publicados, pero creemos que en la medida que su uso se generalice permitirá una orientación diagnóstica mucho más firme que permita la realización de un tratamiento correcto.

CONCLUSIONES

Las dificultades de diagnóstico señaladas junto al desconocimiento de esta afección han motivado que su tratamiento haya sido desmesurado. La mayoría de los casos publicados hasta el momento actual han sido objeto de resecciones gástricas subtotales e incluso total en 1 caso (1), por desconocimiento del diagnóstico correcto y por su similitud con el cáncer gástrico.

Consideramos que en esto juega un rol decisivo la biopsia extemporánea, ya que ella permite llegar al diagnóstico definitivo y mediante ello realizar una resección simple de la masa tumoral, que resulta curativa para una patología que como el hamartoma, sólo excepcionalmente puede presentar degeneración neoplásica.

RESUME

Hamartome gastrique: deux cas traités par resection locale.

Les auteurs présentent deux observations cliniques d'hamartome gastrique, diagnostiqués au cours de l'acte opératoire et traités par résection simple de la masse

tumorale. L'endoscopie préopératoire et la biopsie extemporanée permettent non seulement un diagnostic précis mais l'utilisation de la tactique chirurgicale appropriée pour cette rare affection gastrique.

SUMMARY

Gastric hamartoma: two cases treated by local resection.

Two patients with gastric hamartoma were studied clinically and diagnosis was established during surgery. Treatment consisted of simple resection of tumoral mass. Pre-operative endoscopy and extemporaneous biopsy make diagnosis possible and help to establish surgical tactics for this rare gastric condition.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALBOT G. Tumeurs benignes heterotopiques de la paroi gastrique. *Acta Gastroent Belg*, 17: 840, 1954.
2. ALBRECHT E. Uber hamartome. *Verh Dtsch Gesellschaft Path*, 7: 153, 1904.
3. ARDAO H, AGUIAR A. La adenomatosis gástrica. *Bol Soc Cir Urug*, 24: 1, 1953.
4. BORTAGARAY C, RODRIGUEZ L, AMORIN G. Tumores benignos de estómago. *Congreso Uruguayo de Cirugia*, 4º, 1953.
5. BOSCH DEL MARCO L, FOLLE J. Hemorragias digestivas por heterotopía pancreática. *Bol Soc Cir Urug*, 26: 398, 1955.
6. CASINELLI J. Heterotopía tisular pancreática del divertículo de Meckel. *An Fac Med Montev*, 34: 353, 1949.
7. CLARKE E. Myoepithelial hamartoma of the gastrointestinal tract. *Arch Pathol*, 30: 143, 1940.
8. GRUHN J, BLAKE K, SARACCO T. Gastric heterotopía. *Am J Surg*, 100: 396, 1960.
9. HAUBRICH W. Myoepithelial hamartoma of the stomach. *Gastroenterology*, 28: 1027, 1955.
10. MAESS M, WENDT F. Zur Kenntnis der zystischen Magenwandhamartome. *Zbl Chir*, 97: 1107, 1972.
11. MARSHALL S, CURTISS F. Aberrant pancreas in stomach wall. *Surg Clin North Am*, 32: 867, 1952.
12. MITCHELL N, ANGRIST A. Mioepithelia hamartoma of the gastrointestinal tract. *Ann Int Med*, 19: 952, 1943.
13. MESA G, MATE M. Tumor benigno gástrico. *Cir Urug*, 41: 397, 1971.
14. MOORE AB. A roentgenologic study of benign tumors of the stomach. *Am J Roentg*, 11: 91, 1924.
15. MOUCHET A, MARQUAND L. A propos des tumeurs dites benignes de l'estomac. *J Chir*, 81: 295, 1961.
16. PUIG R, REISSENWEBER N, SARROCA C, GARY R. Hamartoma mioepitelial gastroduodenal. *Cir Urug*, 45: 1, 1975.
17. RIVES J, SEGAL S, CAULET T. A propos des tumeurs benignes heterotopiques de l'estomac. Une observation d'adenomyose diffuse. *J Chir*, 93: 461, 1967.
18. THOREK M. Myoepithelial hamartoma of the stomach wall. *J Int Coll Surg*, 16: 48, 1951.
19. TOULET MJ. Tumeur benign heterotopique de la petite courbure pilorique. *Arch Mal Appar Dig*, 50: 620, 1961.
20. ZERBONI ER. Contribución al estudio radiológico de los tumores benignos del estómago. *Bol Soc Cir Urug*, 16: 502, 1945.