

Lipodistrofia mesentérica e hiperplasia de las glándulas de Brunner. A propósito de un caso

Dra. Maidelis González Hernández.¹ ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7803-8015>

Dra. Amalia Hernández Ramos.¹ ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3820-993X>

Dra. Leidy Viera Leal.¹ ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9776-9243>

¹ Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Arnaldo Milián Castro. Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La hiperplasia de las glándulas de Brunner es un tumor raro que se localiza generalmente en el bulbo duodenal y representa el 10,6% de los tumores duodenales benignos. La pancreatitis mesentérica es un trastorno poco frecuente caracterizado por inflamación crónica del tejido adiposo del mesenterio intestinal y se ha relacionado con diversas patologías entre ellas las neoplasias digestivas. **Presentación del caso:** Se presenta un paciente de 44 años, masculino, con antecedentes de síndrome diarreico crónico y desnutrición proteico energética al cual se le realizan estudios imagenológicos: radiografía de tórax y abdomen simple, ultrasonido abdominal y enterotomografía de alta resolución donde se diagnostica hiperplasia de las glándulas de Brunner y lipodistrofia mesentérica con confirmación de biopsia. **Conclusiones:** La asociación de estas dos entidades es infrecuente, siendo difícil llegar al diagnóstico de las mismas, de ahí la importancia que adquieren los estudios imagenológicos como guía para el diagnóstico certero y mejor pronóstico del paciente.

Palabras claves: hiperplasia mesentérica; glándulas de Brunner; enterotomografía.

INTRODUCCION

La hiperplasia de las glándulas de Brunner o "brunneromas" son tumores caracterizados por la proliferación de conductos, acinos, músculo liso y, a veces, tejido adiposo, o sea que combinan elementos mesenquimales con

tejido epitelial.¹ Son tumores raros que se localizan generalmente en el bulbo duodenal y representan el 10,6 % de los tumores duodenales benignos.² El espectro de la misma incluye la hiperplasia nodular circunscrita, la difusa y los adenomas de las glándulas de Brunner.³

La paniculitis mesentérica es un trastorno poco frecuente caracterizado por inflamación crónica del tejido adiposo del mesenterio intestinal y ocasionalmente del mesocolon, omento y retroperitoneo.³ Se ha relacionado con diversas patologías, entre ellas neoplasias digestivas y uroteliales.⁴

Otros términos usados han sido lipodistrofia, lipoesclerosis mesentérica, manifestación mesentérica de la enfermedad de Weber-Christian, mesenteritis xantogranulomatosa, pseudotumor inflamatorio, lipogranuloma mesentérico, paniculitis nodular sistémica, mesenteritis lipoesclerótica y lipodistrofia mesentérica.^{5,6} Es una enfermedad infrecuente (prevalencia 0,6 %), siendo habitualmente un hallazgo casual en laparotomía o tomografía computarizada con predominio en la sexta década de la vida.⁵

Se reporta a continuación un caso con el objetivo de presentar la asociación de hiperplasia de las glándulas de Brunner y lipodistrofia mesentérica, entidades de presentación infrecuente y de coexistencia poco habitual.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino IMH de 44 años de edad, color de piel blanca, con antecedentes patológicos personales de cirugía abdominal previa por pólipos además de llevar seguimiento por un Síndrome Diarreico Crónico desde el mes de febrero por la especialidad de Gastroenterología y Medicina Interna, con ingresos recurrentes en las mismas. En el interrogatorio refiere antecedentes de diarreas líquidas, fétidas escasa en cantidad y abundantes en frecuencia, acompañado de astenia, anorexia y pérdida de peso, que ha llevado a la desnutrición proteico energética, con dolores abdominales crónicos recurrentes con marcada distensión abdominal y sensación de repletéz.

Datos relevantes al examen físico; se observa aspecto caquéxico del paciente, con abdomen globuloso, en contraste con extremidades finas y delgadas,

panículo adiposo disminuido. Se le realizan exámenes complementarios de laboratorio y endoscopia superior, las cuales fueron negativas, además se le indicaron estudios imagenológicos.

Como parte del estudio se realiza Radiografía de tórax vista posteroanterior y abdomen simple de pie.

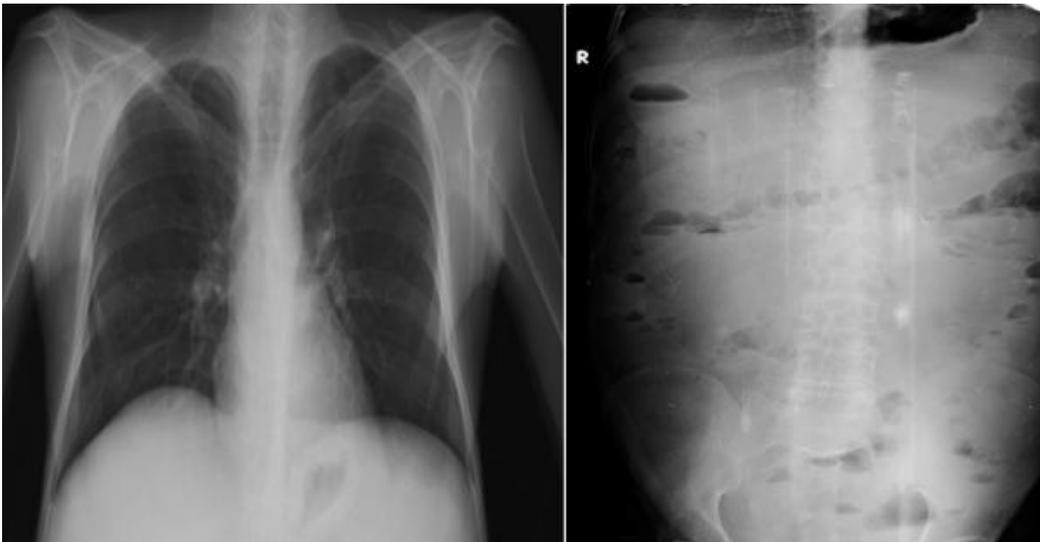


Figura 1. Radiografía de tórax vista posteroanterior negativa y radiografía de abdomen simple de pie, donde se observa disminución del patrón gaseoso intestinal, con aumento de la radiopacidad a nivel de casi todo el abdomen, sobre todo hipocondrio derecho epigastrio y mesogastrio, con múltiples niveles hidroaereos pequeños de distribución periférica, pero que impresionan de asas delgadas a pesar de su distribución.

Ante los hallazgos encontrados se realiza Ultrasonido abdominal

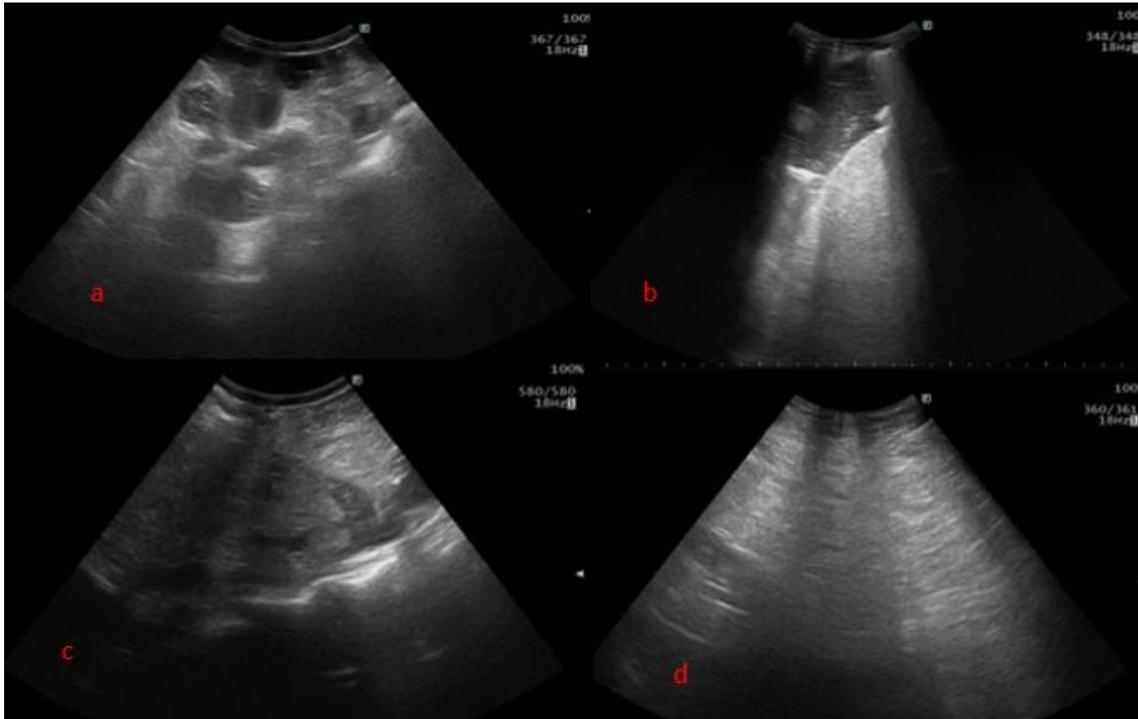


Figura 2.a) Múltiples asas delgadas con contenido en su interior, escasas peristalsis y distención de su calibre, con grosor de sus paredes conservado, de disposición anómala cercanas a la fosa iliaca izquierda y a vejiga, no siendo esta la posición habitual de yeyuno e íleon.

b) Corte longitudinal a nivel del antro y la primera porción del duodeno observándose esta última dilatada, con contenido y ecos en su interior, de la pared interna de la mucosa sobresale una imagen ecogénica, sin sombra sónica, bien definida, que recordaba un pólipo o una hiperplasia de las glándulas de Brunner.

c) Imagen cercana a los cuerpos vertebrales, hacia la región del retroperitoneo, sugestiva de un asa intestinal delgada, engrosada, que adopta forma deseudorriñón con pared serosa fina y engrosamiento de su estratificación interna, con ausencia de la luz y ecos en su interior que adoptaban forma mamelonante.

d) Aumento de la ecogenicidad y disposición de la grasa mesentérica, provocando elevación de los hemidiafragmas, desplazando el hígado y bazo, los cuales se lograron explorar mediante la ventana intercostales encontrándose intratorácicos prácticamente, ausencia de la visualización del páncreas impresionando encontrarse sustituido por grasa.

Después se sugirió realizar Enterotomografía con la administración de contraste V.O y E.V.

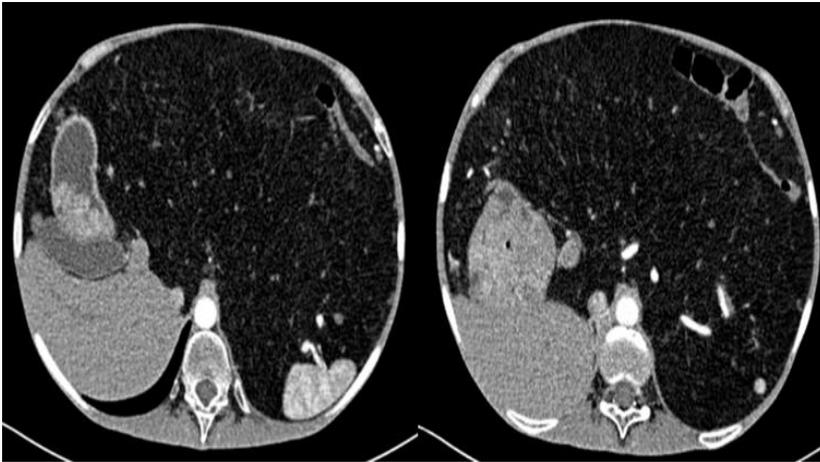


Figura3. Enterotomografía con contraste V.O y E.V. a 1 mm de espesor, cortes axiales donde se observa la hipertrofia retráctil de tejido graso que conforma el mesenterio desplazando los órganos intraabdominales posteriormente en relación con la lipodistrofia mesentérica. Además se observa distensión de la primera porción del duodeno el cual se encuentra con contenido líquido en su interior observándose imágenes hiperdensas que adoptan forma redondeada, mamelonante que crecen hacia la luz extendiéndose hasta la cuarta porción del dudodeno que recuerdan la hipertrofia de las glándulas de Brunner.

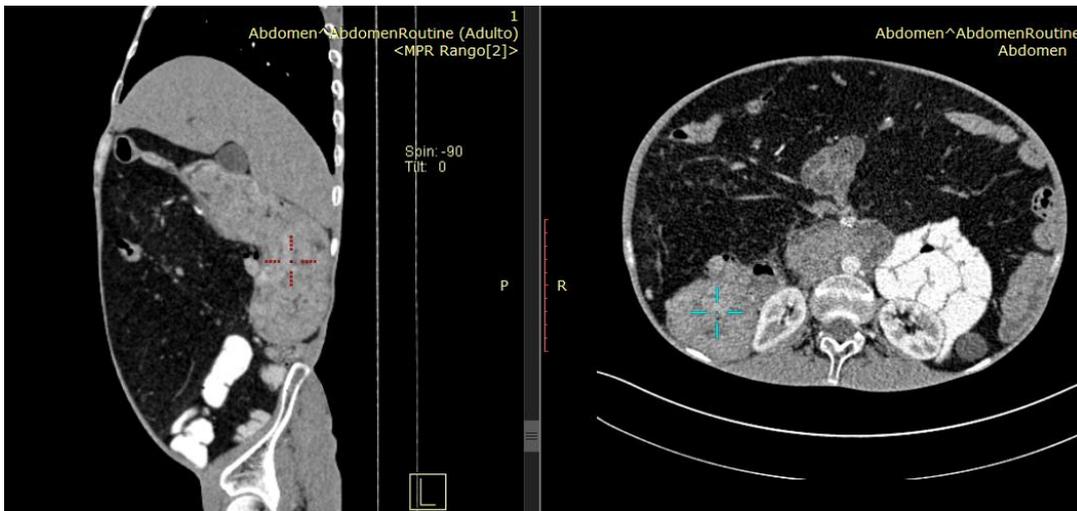


Figura 4. Enterotomografía con contraste V.O y E.V, a 1 mm de espesor con cortes axiales y reconstrucciones multiplanares constatándose la hipertrofia retráctil así como la gran distensión de la segunda y tercera porción del dudodeno de serosa fina con engrosamiento marcado de su estratificación interna mencionado anteriormente.

Se realiza biopsia a través de vía endoscópica donde se diagnóstica la hiperplasia de las glándulas de Brunner.

COMENTARIO

Las glándulas de Brunner son estructuras tubuloacinares ramificadas que se localizan en la submucosa del duodeno proximal y secretan un material mucoide con el fin de proteger a la mucosa duodenal de los ácidos gástricos.²

La hiperplasia de las glándulas de Brunner constituye una lesión benigna infrecuente.³ Comúnmente presentan un amplio espectro de manifestaciones clínicas, desde lesiones asintomáticas, que resultan hallazgos incidentales en estudios radiológicos o más frecuentemente endoscópicos, hasta tumores de gran tamaño que provocan cuadros obstructivos.¹

La paniculitis mesentérica es un trastorno poco frecuente caracterizado por la inflamación crónica inespecífica del tejido adiposo del mesenterio intestinal, de etiología desconocida, aunque se ha descrito su asociación con neoplasias de origen urogenital, gastrointestinal o linfomas.⁴ Otras patologías benignas asociadas son cirugía abdominal previa, traumatismo abdominal, isquemia intestinal, pancreatitis, enfermedades reumatológicas, enfermedad inflamatoria intestinal, colangitis esclerosante primaria y fibrosis retroperitoneal idiopática. La gran diversidad de patologías asociadas orienta a que se trata de un proceso inespecífico, que probablemente sea reactivo a cualquier tipo de agresión intra-abdominal (tumoral, inflamatoria o traumática), provocándose una reacción inflamatoria local idéntica en todos los casos, independiente de la causa subyacente.⁷

Imagenológicamente en la hiperplasia de las glándulas de Brunner la enterotomografía permite delimitar la extensión de las lesiones con realce homogéneo o heterogéneo del contraste. La endoscopia permite visualizar las lesiones submucosas identificando la capa de origen y puede informar acerca del mejor abordaje terapéutico entre la resección endoscópica y la laparotomía.⁸

Para el diagnóstico de la paniculitis mesentérica en muchas ocasiones es necesario recurrir a la toma de biopsia del meso por medio de una laparotomía

o laparoscopia.⁵ Por otra parte autores tales como Monahan⁹ aseguran que la cirugía es necesaria para el diagnóstico definitivo, incluso si la enfermedad se sospecha por los hallazgos de la tomografía axial computarizada. Otros como Badiola-Varela sugieren que la cirugía podría ser evitada si en los hallazgos de la tomografía se observan las características típicas de la pancreatitis mesentérica y la clínica es sugestiva.¹⁰

La pancreatitis mesentérica a pesar de ser una entidad poco frecuente, debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de los pacientes con masa abdominal palpable, empleando los medios imagenológicos para su estudio.⁵ La tomografía computarizada es importante en el diagnóstico diferencial de otros procesos tales como carcinosis peritoneal, tumor carcinoide, linfomas y liposarcomas.⁵

CONCLUSIONES

La hiperplasia de las glándulas de Brunner y la pancreatitis mesentérica son entidades de presentación poco frecuente. En este caso posiblemente la primera se presenta como causa de la segunda.

La asociación de estas dos entidades es infrecuente, siendo difícil llegar al diagnóstico de las mismas, de ahí la importancia que adquieren los estudios imagenológicos como guía para el diagnóstico certero y mejor pronóstico del paciente.

Referencias bibliográficas

1. Vittar, N; Corti, M; Solari, R; Et Al. Adenoma de glándulas de Brunner: un tumor raro como causa de síndrome pilórico en un paciente con SIDA. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet] 2014 [Citado 21 de diciembre del 2022] 44(3)260-264 [Aprox 5 p]. Disponible en: <http://www.redalyc.org>
2. Rodriguez Leiva, L; Lopez Marin, L; Iduate Flebes, Y; Et Al Hiperplasia de las glándulas de Brunner en paciente con enfermedad renal crónica. [Internet]. 2020 MorfoVirtual Habana Cuba. [Citado 21 de

diciembre del 2022] [Aprox 7 p]. Disponible en:<http://www.morofvirtual2020.sld.cu>

3. Padilla Ruiz,R.Hiperplasia de las glándulas de Brunner. A propósito de 2 casos. Revista Sociedad gastroenterología de Perú [Internet].2014[Citado 21 de diciembre del 2022] 34(2) [Aprox 3 p]. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.47892/rgp.2014.342.172>
4. Jaime Ruiz-Tovar, Patricia López Quindós, Natalia Alonso, et al. Paniculitis mesentérica: ¿Predictor de una neoplasia? Rev. Chilena de Cirugía. Vol 61 - Nº 5, Octubre 2009; 471-473.
5. Antonio Belaunde Clausell, A ; Márquez Hernández, RA; Morales Días, A Et Al. Paniculitis mesentérica como causa de masa abdominal palpable. Presentación de caso.**Rev Ciencias Médicas Pinar del Rio** [Internet].6) [Aprox 4 p]. Disponible en:
6. Mata JM, Inaraja L, Martin J, Olazabal A, Castilla MT. CT features of mesenteric panniculitis. J Comput Assist Tomogr [Internet]. 1987 [Citado 20/02/2020]; 11(6): 1021-1023. Disponible en: Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2824579> [Links]
7. Kuriyama A. 'Halo' from the Belly: Mesenteric Panniculitis. American Journal of Medicine [Internet]. 2016 [Citado 20/02/2020]; 129(11): 291-292. Disponible en: Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0002934316306969> [Links]
Torregrosa Suau O, Guilló Quiles E, Mora Rufete A. Paniculitis mesentérica asociada al uso de bifosfonatos: ¿son estos más proinflamatorios de lo que sabemos?. Rev Osteoporos Metab Miner [Internet]. 2017 [Citado 12/03/2020]; 9(1): 35-37. Disponible en: Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1889-836X2017000100035&lng=es [Links]
8. Zhong YS, Shi Q, Wu HF, Yao LQ, Zhou PH, Xu MD, Chen SY. Endoscopic resection for the treatment of duodenal Brunner's adenomas. J Laparoendosc Adv Surg Tech 2012;22:904-909.
9. Torregrosa Suau O, Guilló Quiles E, Mora Rufete A. Paniculitis mesentérica asociada al uso de bifosfonatos: ¿son estos más

proinflamatorios de lo que sabemos?. Rev Osteoporos Metab Miner [Internet]. 2017 [Citado 12/03/2020]; 9(1): 35-37. Disponible en: Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1889-836X2017000100035&lng=es [Links]

10. Del Villar Salazar B, Bravo Zelaya AG. Absceso mesentérico inespecífico paniculitis intra-abdominal. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2016 [Citado 12/03/2020]; 22(1): 47-54. Disponible en: Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100008&lng=es [Links] Granizo-Rubio J, et al. Síndrome de Barraquer-Simons o lipodistrofia parcial adquirida. Piel (Barc). 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2015.05.005>