



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-089 - HAMARTOMA DE GLÁNDULAS DE BRUNNER. A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez Negro, Ester; Ochando Cerdán, Federico; Melone Fiorito, Sirio; Acedo Fernández de Pedro, Felipe; Cuartero Desviat, Beatriz; Martínez Cortijo, Sagrario

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

Resumen

Introducción: Se presenta el caso de una paciente intervenida de masa duodenal con biopsias inespecíficas, cuyo estudio anatomopatológico resultó en un hamartoma de glándulas de Brunner. Se presenta el caso dada la baja frecuencia de dichos tumores duodenales.

Caso clínico: Paciente de 72 años, HTA, que comienza en 2015 con dolor abdominal, realizándose gastroscopia, colonoscopia y ecografía abdominal siendo todas ellas normales. Se detectó *H. pylori* y recibió tratamiento erradicador. En 2018 presenta cuadro de melenas por lo que se solicita gastroscopia donde se observa lesión de aspecto submucoso a nivel de bulbo duodenal, describiéndose en la anatomía como cambios reactivos y regenerativos del epitelio. En ECO endoscopia se evidencia lesión de unos 4 cm que se origina en el canal pilórico y ocupa la cara anterior del bulbo, dependiendo de la 2ª o 3ª capa duodenal, respetando la muscular propia. Se realiza PAAF siendo negativa para células malignas, y TAC donde se observa únicamente dicha lesión. Posteriormente se realiza nueva gastroscopia para toma de biopsia profunda, con resultado también negativo para células malignas. En cuanto a hormonas y marcadores tumorales, únicamente presenta elevación de gastrina. Ante la imposibilidad de extirpación endoscópica y la ausencia de confirmación diagnóstica (posible GIST/T. neuroendocrino, adenoca duodenal...) se decide junto a la paciente la extirpación quirúrgica de la lesión. Se observa en la cirugía una tumoración en la primera porción duodenal de aprox. 5 cm., adenopatía locoregional y adenomatosis vesicular. Se realiza antrectomía + resección primera porción duodenal + colecistectomía + linfadenectomía locoregional laparoscópica con reconstrucción en Y-Roux. En el 4º DPO la paciente comienza con dolor abdominal intenso por lo que se solicita TAC observando posible dehiscencia de anastomosis duodenal. Se decide manejo conservador con antibiótico y nutrición parenteral. Tras mejoría clínica y radiológica se decide alta en el 16º DPO. AP: Hamartoma de glándulas de Brunner, que respeta los márgenes quirúrgicos de resección. Gastritis atrófica antral con metaplasia intestinal focal. Se observan bacilos tipo *Helicobacter pylori*. 8 ganglios linfáticos sin lesiones histológicas relevantes. Vista en revisión al mes de la intervención, presentando buena evolución.

Discusión: Los hamartomas de glándulas de Brunner son tumores duodenales raros que se localizan en la mayoría de los casos a nivel del bulbo. Estas glándulas producen secreción alcalina que protege el duodeno de las secreciones ácidas de estómago y páncreas. En la mayoría de los casos se presentan como hallazgo casual durante estudios digestivos, pero en caso de ser sintomáticos suelen presentarse como dolor abdominal, náuseas e incluso obstrucción intestinal o

sangrado. A pesar de que se han descrito casos de carcinoma de glándulas de Brunner, se considera que es una lesión benigna y está indicada resección en caso de ser sintomática. La extirpación mediante endoscopia es la técnica de elección, siendo necesaria cirugía en caso de gran tamaño o fracaso de la técnica endoscópica. A pesar de su baja frecuencia, es importante tener en cuenta este tipo de lesiones a la hora de hacer el diagnóstico diferencial de masas duodenales.