

considerando la incidencia creciente de esta afección en mujeres con anticonceptivos orales (33% de las pacientes); y 4) asociada al eritema nudoso, al lupus y por último por la existencia de algún organismo infeccioso aún no detectado^{1,5-9}. Dada su similitud clínica y radiológica con el cáncer de mama el diagnóstico es fundamentalmente histopatológico y por exclusión de otras enfermedades, encontrando reacción inflamatoria granulomatosa, células gigantes multinucleadas de tipo Langhans y linfocitos en los lobulillos⁸⁻¹⁰. En ocasiones se observa necrosis grasa y acúmulos de polimorfonucleares formando abscesos que pueden llevar a la fibrosis con distorsión de la arquitectura lobulillar produciendo atrofia y degeneración del epitelio, así como dilatación de los conductos mamarios. Otros hallazgos inusuales son la metaplasia escamosa de los conductos mamarios y abscesos de gran tamaño. Las tinciones y cultivos para bacterias, hongos y organismos ácido-alcohol resistentes son típicamente negativas. El principal diagnóstico diferencial es el cáncer de mama, y tras la BAG, enfermedades granulomatosas (tuberculosis mamaria, sarcoidosis, enfermedad por arañazo de gato, reacción granulomatosa, necrosis grasa, ectasia ductal, mastitis aguda, granulomatosis de Wegener, infección por *Taenia solium*, *Salmonella typhi*, *Histoplasma capsulatum* y *Wuchereria bancrofti*)^{3,8,9}. El tratamiento de elección de la MGI no está todavía establecido y hay que tener en cuenta la tendencia a la recurrencia local (38-50% casos)^{5,6}. Así y según los casos descritos varía desde el tratamiento conservador con corticoides (Prednisona[®] 60 mg diarios) hasta el tratamiento quirúrgico, ya sea con escisión quirúrgica o con mastectomía según el tamaño de la lesión, aconsejando la resección completa. Por reacciones secundarias a los esteroides y frecuentes recaídas después de su descenso y suspensión se emplea metotrexato o azatioprina como «ahorradores» esteroideos y así mantener la remisión de la mastitis⁶⁻¹⁰.

En conclusión, la MGI es una entidad benigna, poco frecuente, siendo el principal diagnóstico diferencial el cáncer de mama.

BIBLIOGRAFÍA

- Zulfiqar B, Appalaneni U, Ahmed B, Hassan A, Boddu P, Carey A. Idiopathic granulomatous mastitis mimicking inflammatory breast carcinoma: What are the odds. *IDCases*. 2016;6:83-4.
- Kessler E, Wolloch Y. Granulomatous mastitis: A lesion clinically simulating carcinoma. *Am J Clin Pathol*. 1972;58:642-6.
- Lee JH, Oh KK, Kim EK, Kwack KS, Jung WH, Lee HK. Radiologic and clinical features of idiopathic granulomatous lobular mastitis mimicking advanced breast cancer. *Yonsei Med J*. 2006;47:78-84.
- Tahmasebi S, Karami MY, Maalagh M. Granulomatous mastitis time to introduce new weapons. *World J Surg*. 2016;40:2827-8.
- Al-Khaffaf B, Knox F, Bundred NJ. Idiopathic granulomatous mastitis: A 25-year experience. *J Am Coll Surg*. 2008;206: 269-227.
- Sakurai K, Fujisaki S, Enomoto K, Amano S, Sugitan M. Evaluation of follow-up strategies for corticosteroid therapy of idiopathic granulomatous mastitis. *Surg Today*. 2011;41:333.
- Gurleyik G, Aktekin A, Aker F, Karagulle H, Saglamc A. Medical and surgical treatment of idiopathic granulomatous lobular mastitis: A benign inflammatory disease mimicking invasive carcinoma. *J Breast Cancer*. 2012;15:119-23.
- Kok KY, Telisinghe PU. Granulomatous mastitis: Presentation, treatment and outcome in 43 patients. *Surgeon*. 2010;8:197-201.
- Salehi M, Salehi M, Kalbasi N, Hakamifard A, Salehi H, Salehi MM, et al. Corticosteroid and azithromycin in idiopathic granulomatous mastitis. *Adv Biomed Res*. 2017;6:8.
- Erozgen A, Ersoy YE, Akaydin M, Memmi N, Celik AS, Celebi F, et al. Corticosteroid treatment and timing of surgery in idiopathic granulomatous mastitis confusing with breast carcinoma. *Breast Cancer Res Treat*. 2010;123:447-52.

Caridad Marín Hernández*, Antonio Piñero Madrona, Pedro José Gil Vázquez, Pedro José Galindo Fernández y Pascual Parrilla Paricio

Unidad de Mama, Servicio de Cirugía General, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carikimh@gmail.com

(C. Marín Hernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.05.009>
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Duodenectomía total con preservación pancreática como tratamiento de la poliposis duodenal

Total duodenectomy with pancreatic preservation for duodenal polyposis



La poliposis adenomatosa familiar es una enfermedad hereditaria con carácter autosómico dominante, que se

caracteriza por la existencia de múltiples pólipos distribuidos por todo el intestino, con predominancia por el intestino

grueso¹. Fuera del colon, pueden localizarse en el duodeno, sobre todo en la región ampular, lo que obliga a grandes cirugías en los casos en los que resulta necesaria su extirpación, y no ha sido posible de manera endoscópica.

Presentamos el caso de una mujer de 47 años con antecedentes de poliposis adenomatosa familiar clásica conocida y una colectomía previa con reservorio e ileostomía terminal. Remitida desde digestivo para resección quirúrgica por poliposis duodenal no extirpable endoscópicamente.

Se realiza una duodenectomía total con preservación pancreática junto con antrectomía y colecistectomía. Durante la disección de la pieza se individualiza la papila (fig. 1A), que se reseca a nivel de su base (justo por debajo de su esfínter), individualizando el conducto pancreático y el biliar, que permanecerán tutorados durante semanas (fig. 1B). La reconstrucción se realiza en 2 asas: anastomosis biliar y pancreática, en una sola boca, con la primera asa yeyunal, que asciende por detrás de los vasos mesentéricos, ductomucosa término-lateral, con PDS, tutorando independientemente ambos conductos. Se desfuncionaliza un asa yeyunal en Y de Roux para la gastro-yeyunostomía transmesocólica. El objetivo de esta técnica es aislar la anastomosis potencialmente más problemática del tránsito digestivo. Se extrae la pieza quirúrgica de la antroduodenectomía, preservando la región pancreática (fig. 2).

Descartamos la posibilidad de realizar una duodenectomía con preservación pilórica ya que con esta técnica se mantiene

una pequeña porción de mucosa duodenal junto al píloro; debiendo extirparse la mucosa duodenal en su totalidad, por el riesgo de aparición de nuevos adenomas (9%). Por lo tanto, consideramos que la antrectomía es la mínima resección gástrica no ulcerógena que debe practicarse cuando se toma la decisión de no preservar el píloro.

El diagnóstico anatomopatológico fue de adenomas tubulares con displasia de bajo grado y neoplasia mucosa de bajo grado. El postoperatorio de la paciente cursó sin complicaciones y se encuentra asintomática durante el seguimiento.

La aparición de manifestaciones extra colónicas a lo largo de la enfermedad polipósica en estos pacientes es frecuente, sobre todo en el tracto digestivo superior, y también, después de la cirugía resectiva del recto y colon². Presentan un riesgo acumulado cercano al 90% de desarrollar adenomas en el duodeno, y de ellos hasta un 10% desarrollarán un adenocarcinoma duodenal³ a nivel ampular.

Cuando no es posible su extirpación endoscópica, es necesaria la cirugía radical⁴, y dada su localización, clásicamente estos pacientes son candidatos a cirugías resectivas amplias, que incluyen la cabeza pancreática y resección de la vía biliar distal, aumentando la morbilidad asociada. La duodenectomía con preservación pancreática se plantea como una cirugía de menor morbilidad al preservar la cabeza del páncreas⁵, y por tanto, la vía biliar distal y el ducto pancreático, disminuyendo las complicaciones asociadas a este tipo de cirugías. Es una técnica compleja pero que ofrece una

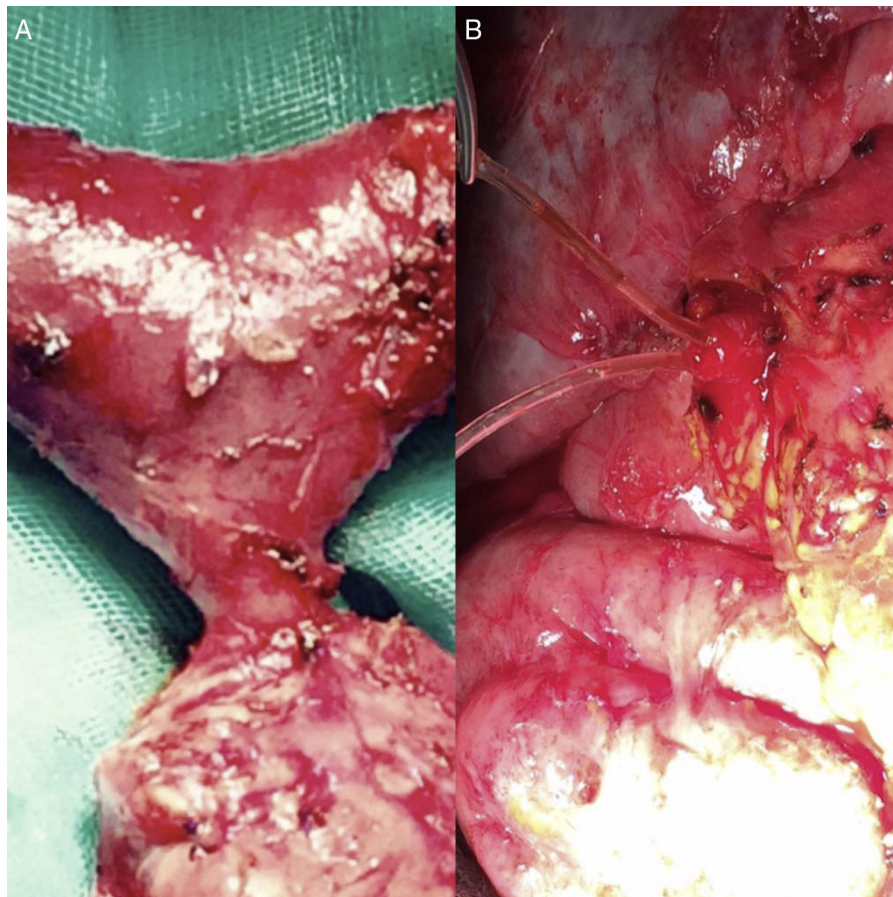


Figura 1 – A) Inserción de la papila en la región duodeno pancreática. B) Sección de la papila a nivel de su base; conductos biliar y pancreático tutorados.



Figura 2 – Pieza de antroduodenectomía con preservación pancreática.

alternativa a las grandes resecciones y en pacientes seleccionados⁶. En cuanto a sus complicaciones⁷, encontramos retraso del vaciamiento gástrico, fístula de las anastomosis gastro-yeyunal, pancreático-yeyunal y hepático-yeyunal, absceso intraabdominal e infección de la herida quirúrgica, pancreatitis aguda y recidiva (a nivel del manguito pospilórico o papila, si se preserva píloro o papila) en el 9% de los casos. Presenta una tasa global de complicaciones del 60% (25% menores y 35% mayores), similar a la técnica de Whipple, en los pocos casos publicados⁸.

Ante la posibilidad de un resultado maligno en el diagnóstico anatomopatológico definitivo, eventualidad poco probable en nuestro caso debido a la numerosa toma previa de biopsias por vía endoscópica, estaríamos ante un adenocarcinoma duodenal; por lo que se completaría una pancreatectomía cefálica con linfadenectomía regional, si se tratase de un adenocarcinoma infiltrante. Ante un carcinoma *in situ* se considera que la duodenectomía sería un procedimiento suficiente⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Rodríguez RM, Suárez Artacho G, Morcillo J, Díaz Pavón JM, Morales Méndez S. Adenocarcinoma in the fourth portion of duodenum in a patient with familial adenomatous polyposis [Article in Spanish]. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007;99:477-8.
2. Leal RF, Ayrizono M de L, Coy CS, Callejas-Neto F, Fagundes JJ, Góes JR. Gastroduodenal polyposis in patients with familial adenomatous polyposis after rectocollectomy [Article in Portuguese]. *Arq Gastroenterol.* 2007;44:133-6.
3. Sciumé C, Damerino B, Matranga S, Leo P. Familial polyposis [Article in Italian]. *Arq Gastroenterol Ann Ital Chir.* 1994;65:225-7. discussion 228.
4. Fragueta Mariña JA. Transduodenal ampullectomy in the treatment of villous adenomas and adenocarcinomas of the Vater's ampulla [Article in English, Spanish]. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004;96:829-34.
5. Müller MW, Dahmen R, Köninger J, Michalski CW, Hinz U, Hartel M, et al. Is there an advantage in performing a pancreas-preserving total duodenectomy in duodenal adenomatosis? *Am J Surg.* 2008;195:741-8.
6. Penninga L, Svendsen LB. Pancreas-preserving total duodenectomy: a 10-year experience. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2011;18:717-23.
7. Al-Sarireh B, Ghaneh P, Gardner-Thorpe J, Raraty M, Hartley M, Sutton R, et al. Complications and follow-up after pancreas-preserving total duodenectomy for duodenal polyps. *Br J Surg.* 2008;95:1506-11.
8. de Castro SM, van Eijck CH, Rutten JP, Dejong CH, van Goor H, Busch OR, et al. Pancreas-preserving total duodenectomy versus standard pancreatoduodenectomy for patients with familial adenomatous polyposis and polyps in the duodenum. *Br J Surg.* 2008;95:1380-6.
9. Chen G, Wang H, Fan Y, Zhang L, Ding J, Cai L, et al. Pancreas-sparing duodenectomy with regional lymphadenectomy for pTis and pT1 ampullary carcinoma. *Surgery.* 2012;151:510-7.

Elena Jiménez Cubedo*, Luis Giménez Alvira, Manuel Jimenez Garrido y Víctor Sánchez Turrión

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ejimenezcubedo@hotmail.com

(E. Jiménez Cubedo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.05.007>
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.