

Cuatro pacientes requirieron cirugía para controlar su enfermedad (3 con DQPD por estenosis duodenal o biliar, y uno con PS por dolor rebelde al tratamiento médico).

Concluimos que la DQPD y la PS son formas especiales de pancreatitis crónica con un curso que frecuentemente es agresivo, y que la ecoendoscopia es fundamental para su diagnóstico.

## Bibliografía

1. Badía BC, Díaz Formoso FJ, Rodríguez FR, Marchena GJ. Pancreatitis del surco y su diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma de páncreas. *Gastroenterol Hepatol.* 2009;32:22-8.
2. Adsay NV, Zamboni G. Paraduodenal pancreatitis: A clinicopathologically distinct entity unifying "cystic dystrophy of heterotopic pancreas," "para-duodenal wall cyst," and "groove pancreatitis". *Semin Diagn Pathol.* 2004;21:247-54.
3. Rebours V, Levy P, Vullierme MP, Couvelard A, O'Toole D, Aubert A, et al. Clinical and morphological features of duodenal cystic

dystrophy in heterotopic pancreas. *Am J Gastroenterol.* 2007;102:1-9.

4. Becker V, Mischke U. Groove pancreatitis. *Int J Pancreatol.* 1991;10:173-82.
5. Picó MD, De-Madaria E, Martínez J, Sempere L, Aparicio JR, Amorós A, et al. Distrofia quística de pared duodenal y pancreatitis del surco en el Hospital General Universitario de Alicante. *Gastroenterol Hepatol.* 2007;30:198.

Enrique de-Madaria\*, Juan Martínez, José Ramon Aparicio, María Dolores Picó y Miguel Pérez-Mateo

*Unidad de Patología Pancreática,  
Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: demadaria\_enr@gva.es (E. de-Madaria).

doi:10.1016/j.gastrohep.2009.03.001

## Xantelasma gástrico sobre pólipo hiperplásico

### Gastric xanthoma on a hyperplastic polyp

Paciente mujer de 82 años de edad con antecedentes de hernia de hiato, colecistectomía y úlcus duodenal. Acude a consulta y refiere dispepsia de tipo ulceroso, por lo que se decide realizar una gastroscopia. En ésta se observan datos de gastritis erosiva antral y una lesión polipoide, sésil, de superficie lisa y coloración parduzca, de aproximadamente 8mm de longitud a la altura de la curvatura mayor del cuerpo gástrico, que se extirpa con asa de polipectomía

(fig. 1). Se envía la muestra para estudio anatómopatológico; se observa una lesión de morfología polipoidea con hiperplasia foveolar y una lámina propia con abundantes colecciones de células histiocitarias de citoplasma espumoso que alcanzan el borde de resección (fig. 2). El diagnóstico es pólipo hiperplásico con coexistencia de xantelasma.

Los xantelasmas son hallazgos casuales en las gastroscopias, con una incidencia variable de entre el 0,018 y el 0,8% en las series endoscópicas, cifra que aumenta con la edad<sup>1</sup>. Suelen localizarse a la altura del tracto digestivo superior, en el antro y el píloro, en forma de nódulos blancoamarillentos, de bordes bien delimitados y con un tamaño que oscila entre 1 y 10 mm de diámetro<sup>2</sup>.



Figura 1 Lesión polipoidea en curvatura mayor del estómago.

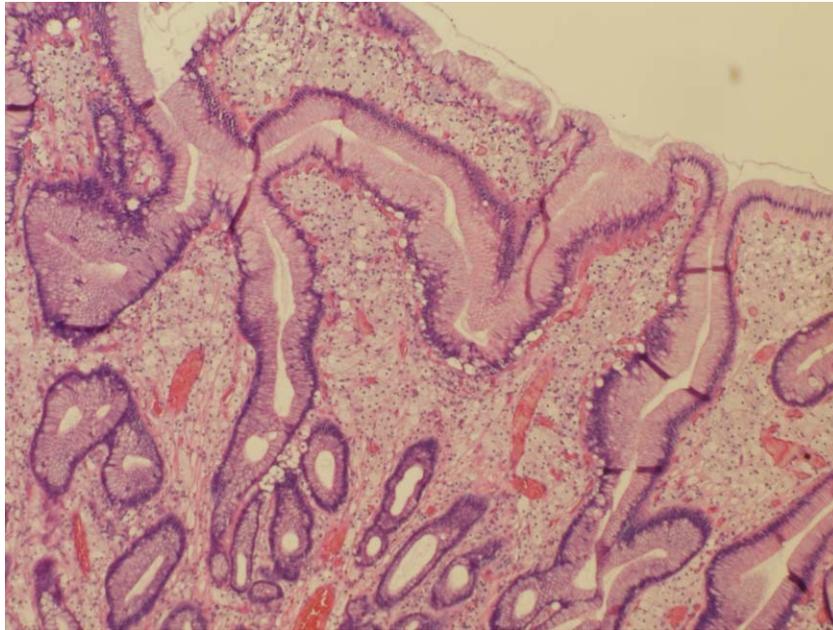


Figura 2 Células xantomatosas que expanden la lámina propia.

La etiología de estas lesiones es desconocida, aunque tienden a asentarse con más frecuencia sobre una mucosa gástrica con cambios patológicos, como la gastritis atrófica, la metaplasia intestinal, la gastritis crónica<sup>3</sup>, etc. Al mismo tiempo, se ha intentado relacionar su presencia con la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus o la infección por *Helicobacter pylori*<sup>4</sup>.

El diagnóstico es histopatológico: se observan histiocitos con citoplasma espumoso, de contenido lipídico y núcleo central y pequeño, localizados en la lámina propia. Se asocia un infiltrado linfoplasmocítico de leve a moderado<sup>1</sup>.

Pese a ser lesiones de carácter benigno y no asociarse a ningún síntoma específico, se recomienda su extirpación para obtener su diagnóstico histopatológico y así realizar un diagnóstico diferencial con algunos tumores gástricos que pueden presentar una apariencia macroscópica similar<sup>5</sup>.

En la literatura médica, se han descrito 2 casos previos de xantelasma gástrico asociado a un pólipo hiperplásico<sup>1,3</sup>. Esta asociación es más frecuente en el tracto digestivo inferior a la altura del recto-sigma<sup>4</sup>.

Los pólipos hiperplásicos son el tipo más frecuente de pólipo del epitelio gástrico<sup>6</sup>. Estas lesiones comparten con los xantelasma los mismos factores predisponentes y ésta es la única relación presente entre las 2 entidades. Este caso clínico representa un caso de coexistencia de estas 2 enfermedades.

## Bibliografía

1. Gencosmanoglu R, Sen-Oran E, Kurtkaya-Yapicier O, Tozun N. Xanthelasma of the upper gastrointestinal tract. *J Gastroenterol.* 2004;39:215-9.
2. Oviedo J, Swan N, Farraye FA. Gastric xantomas. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:3216-7.
3. Lin PY, Brown DB, Deppisch LM. Gastric xantelasma in hyperplastic gastric polyposis. *Arch Pathol Lab Med.* 1989;113:428-30.
4. Nakasono M, Hirokawa M, Muguruma N, Okahisa T, Okamura S, Ito S. Colorectal xanthomas with polypoid lesion: Report of 25 cases. *APMIS.* 2004;112:3-10.
5. Gürsoy S, Yurci A, Torun E, Soyuer I, Güven K, Ozbakir O. An uncommon lesion: Gastric xantelasma. *Turk J Gastroenterol.* 2005;16:167-70.
6. Abraham SC, Sing VK, Yardley JH, Wu TT. Hiperplastic polyps of the stomach: Associations with histologic patterns of gastritis and gastric atrophy. *Am J Surg Pathol.* 2001;25:500-7.

Sergio Vázquez Rodríguez<sup>a,\*</sup>, Carlos Álvarez Álvarez<sup>b</sup>, José Luis Ulla Rocha<sup>a</sup>, Estela Fernández Salgado<sup>a</sup> y Manuel Javier Vázquez San Luis<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

\*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [sergio.vazquez.rodriguez@sergas.es](mailto:sergio.vazquez.rodriguez@sergas.es), [sergioferrol@hotmail.com](mailto:sergioferrol@hotmail.com) (S. Vázquez Rodríguez)