

Heterotopía gástrica rectal: a propósito de un caso

José Antonio Moreno Araya,¹ Elizabeth Umaña Solís,¹ Carolina Vargas Arias,²
Alejandra Ochoa Palominos,¹ Marta Bonilla Rojas¹

¹ Hospital San Rafael de Alajuela, Costa Rica.

² Hospital San Vicente de Paúl de Heredia, Costa Rica.

Acta Gastroenterol Latinoam 2016;46:224-226

Recibido: 28/12/2015 / Aprobado: 07/03/2016 / Publicado en www.actagastro.org el 03/10/2016

Resumen

Presentamos el caso de un varón de 38 años que consulta por diarrea de 6 años de evolución sin otros síntomas asociados, manejada con tratamiento sintomático (antiespasmódicos y antidiarreicos). La exploración física y el perfil bioquímico fueron normales. Se le realizó una colonoscopia, la cual reveló la presencia de un pólipo plano a 6 cm del margen anal de 25 x 20 mm. La histología de la lesión rectal mostró un fragmento de mucosa colónica con mucosa gástrica especializada compatible con "heterotopía gástrica rectal". La heterotopía gástrica puede ocurrir en cualquier segmento del tracto gastrointestinal. La localización rectal es rara y suele ser asintomática. El tratamiento definitivo consiste en la resección quirúrgica de la lesión, pero inicialmente debe intentarse manejo conservador con inhibidores de la bomba de protones e incluso erradicación del *Helicobacter pylori* en caso de ser positivo. El paciente del caso que se presenta fue manejado conservadoramente planteándose seguimiento clínico y endoscópico.

Palabras claves. Heterotopía gástrica, diarrea crónica, benignidad.

Gastric heterotopia in the rectum: a case report

Summary

We report the case of a 38-year-old male who consulted for diarrhea 6 years of evolution without associated symptoms,

managed with symptomatic treatment (antispasmodics and antidiarrheal). Physical examination, complete blood count and biochemical profile were normal. Colonoscopy revealed the presence of a flat lesion of 25 x 20 mm located 6 cm from the anal margin. Histology of the lesion showed a fragment of colonic mucosa with gastric specialized mucosa consistent with "gastric heterotopia in the rectum". Gastric heterotopia may occur in any segment of the gastrointestinal tract. The rectal localization is rare and usually asymptomatic. The definitive treatment is surgical resection of the lesion, but is recommended to try initially conservative management with proton-pump inhibitor and even eradication of *Helicobacter pylori* in positive cases. This patient was managed conservatively considering clinical and endoscopic follow.

Key words. Gastric heterotopia, chronic diarrhea, benignity.

Abreviaturas

LST: Lateral Spreading Tumor.

Varón de 38 años sin antecedentes personales ni familiares relevantes y sin hábitos tóxicos que consulta por diarrea crónica de 6 años de evolución de 4-5 deposiciones diarias, de consistencia blanda, sin evidencia de signos de sangrado digestivo (proctorragia, hematoquecia o melenas) o moco en las heces. La diarrea mejoró en los 4 meses previos a la consulta con tratamiento: con antiespasmódicos y ocasionalmente loperamida. La exploración física fue normal. Las muestras de heces para bacterias patógenas, parásitos y *Clostridium difficile* fueron negativas. Los análisis de sangre con estudio de diarrea (hemograma, bioquímica general, serología de enfermedad celíaca, TSH, ferritina, vitamina B12, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular) fueron normales.

Correspondencia: Alejandra Ochoa Palominos
Calle Convento Palomas, 800 mts este del centro comercial "La Paco".
Residencias Bohemia Country. Apartamento 5-C. Escazú. Código postal: 10201.
Tel: +506-8581-9358.
Correo electrónico: ale8ap@gmail.com

La colonoscopia reveló la presencia de una lesión plana de 25 x 20 mm situada a 6 cm del margen anal (Figura 1) con características de un tumor de extensión lateral (su siglas en inglés, LST: “*Lateral Spreading Tumor*”) no granular. El resto de la colonoscopia fue normal. Se complementa el estudio con un ultrasonido endoscópico, donde se identifica una lesión hipoeoica, heterogénea de 14 mm de longitud y 4,5 mm de profundidad. La lesión compromete mucosa y submucosa, y respeta la muscular propia. No hay evidencia de adenopatías perilesionales ni compromete estructuras adyacentes al recto. Se toman biopsias de la lesión. La histología de las biopsias con tinción hematoxilina-eosina reveló la presencia de glándulas gástricas oxínticas con células parietales y principales, observándose la transición entre la mucosa rectal y la gástrica de forma continua en un mismo fragmento (Figura 2). El diagnóstico fue compatible con una “heterotopía gástrica rectal”. No se observó áreas de metaplasia intestinal, displasia o malignidad, ni se identificó la presencia de *Helicobacter pylori*.

La mucosa gástrica heterotópica es una alteración que se caracteriza por la presencia de mucosa gástrica fuera del estómago, en cualquier parte del tracto gastrointestinal, siendo la localización más frecuente el esófago.¹ Otros sitios inusuales de aparición incluyen: glándulas salivares, lengua, quistes broncogénicos y tiroglosos, médula espinal, pared abdominal, mediastino, vejiga y escroto.² El origen de esta lesión no está bien establecido, se cree que puede ser secundario a una diferenciación falsa de las células madres pluripotenciales del endodermo, errores durante el desarrollo embrionario con fracaso en el des-

Figura 1. Imagen endoscópica de la lesión. Cromoendoscopia virtual (FICE 2). Pólipo de 2 x 2,5 cm a 6 cm del margen anal, sugestiva de LST.

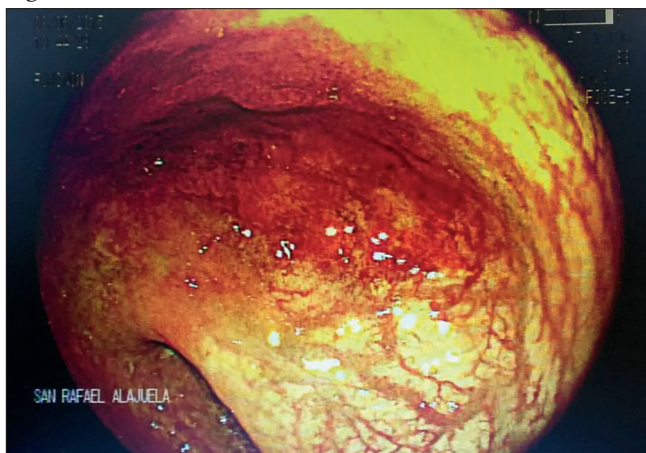
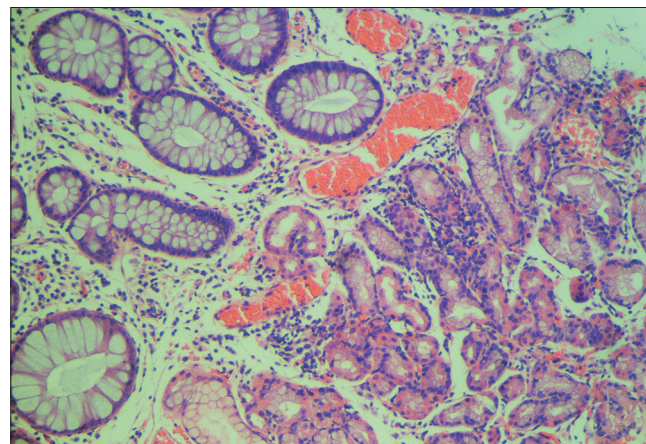


Figura 2. Imagen histológica con hematoxilina-eosina de las biopsias de la lesión: Heterotopía gástrica rectal. En un mismo fragmento se observa a la izquierda mucosa colónica y a la derecha mucosa gástrica.



censo del estómago durante la cuarta a séptima semana de gestación, o por metaplasia de la mucosa rectal secundaria a daño mucoso.

La localización rectal es infrecuente con alrededor de 50 casos reportados en la literatura.³⁻⁶ Generalmente es asintomática y cuando presenta síntomas, los más comunes son sangrado rectal, dolor abdominal, tenesmo rectal y menos frecuentemente diarrea. Las complicaciones reportadas son ulceración, anemia ferropénica, perforación, fistulización, estenosis y obstrucción intestinal.^{3, 4, 7} La mucosa gástrica ectópica, incluso la de recto, puede secretar ácido y albergar al *Helicobacter pylori*.

Es más frecuente durante el primer decenio de la infancia o en adultos jóvenes,^{3, 4} con un rango documentado muy amplio (desde el nacimiento hasta los 51 años de edad), y un promedio de 21 años al momento del diagnóstico. Tiene predilección por el sexo masculino con una relación de 5,2:3.

Usualmente ocurre en la cara posterolateral del recto entre 5-8 cm del margen anal, si bien en un 20-25% de los casos se localiza dentro de los 2 cm de la línea dentada. El aspecto endoscópico es variable. Se puede visualizar como úlceras fibrinoides o sangrantes, placas rojizas o asalmonadas, o como una lesión polipoidea.⁵ El diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio histopatológico de las biopsias del área afectada. Se ha reportado la utilidad de la gammagrafía con ^{99m}Tc para confirmar el diagnóstico.⁵

Como tratamiento definitivo suele practicarse la escisión quirúrgica del segmento afectado, sobre todo en pa-

cientes sintomáticos o que presenten complicaciones. Sin embargo, se puede contemplar un manejo conservador en casos seleccionados con inhibidores de la bomba de protones o antagonistas de receptores H_2 ^{6,9} para inhibir la secreción ácida, sobretudo en aquellos casos con multifocalidad extensa de la heterotopía. Asimismo, se puede realizar la erradicación del *Helicobacter pylori*, principalmente cuando existe ulceración de la mucosa.

Los síntomas del paciente del presente caso se resolvieron sin tratamiento, incluso no se estableció una relación causal clara entre la diarrea y la presencia de mucosa gástrica heterotópica, probablemente sea un hallazgo incidental. Después de una valoración riesgo-beneficio, el paciente se encuentra en seguimiento periódico y no se ha contemplado hasta la actualidad la resección endoscópica del área afectada. Se planea repetir la colonoscopia en el plazo de 12 meses y en función de los hallazgos y la sintomatología se replantearán las opciones terapéuticas.

Sostén financiero. El presente trabajo no tiene sostén financiero de ninguna institución. Los autores declaran no presentar conflicto de intereses.

Referencias

1. Khan MJ, Mullerat P, Desai A. A polypoid gastric heterotopia of jejunum diagnosed by capsule endoscopy. Journal of the College of Physicians and Surgeons-Pakistan: JCPSP 2009; 19: 661-662.
2. Heo YS, Jeong SY, Son SW, Kim IH, Seo SH. Heterotopic gastric mucosa in the umbilicus. Annals of Dermatology 2010; 22: 223-225.
3. Sousa J, Cabezuelo L, Rodrigues A, Costa N, Cipriano MA. Gastric heterotopia of rectum: a rare entity. Acta Medica Portuguesa 2010; 23: 1151-1154.
4. Lascar G, Houissa-Vuong S, Martin B, Vuong PN. [Gastric heterotopia in the rectum: a new case]. Gastroenterologie Clinique et Biologique 2000; 24: 849-850.
5. Kokil G, Pulimood A, Mathai J. A rare case of a rectal polyp with gastric heterotopia. Indian Journal of Pathology & Microbiology 2011; 54: 848-849.
6. Rifat Mannan AA, Kahvic M, Bharadwaj S, Grover VK. Gastric heterotopia of the anus: report of two rare cases and review of the literature. Indian Journal of Pathology & Microbiology 2008; 51: 240-241.
7. Goldfarb WB, Schaefer R. Gastric heterotopia in the rectum: report of a case. Annals of Surgery 1961; 154: 133-136.
8. Brandt LJ. Gastric heterotopia in the rectum. Gastrointestinal Endoscopy 2010; 72: 190-191.
9. Murray FE, Lombard M, Dervan P, Fitzgerald RJ, Crowe J. Bleeding from multifocal heterotopic gastric mucosa in the colon controlled by an H_2 antagonist. Gut 1988; 29: 848-851.