

Adenoma de las glándulas de Brunner

Contreras Mejuto, F.; Robledo Arribas, M. C.; Sola Gallego, I., y Pardo Mindán, F. J.

Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Departamento de Anatomía Patológica.

SUMMARY

Brunner's glands adenomas represent the 10% of the benign duodenal tumours. The most frequent site is the first portion of the duodenum, and they are extremely rare distally to the ampulla of Vater. We present two cases, one of them associated with an adenocarcinoma of the ampulla. This association has not been previously described in the literature. The transformation of an adenoma into an adenocarcinoma has neither been reported. We believe that the term hyperplasia should be used only for diffuse proliferations.

KEY WORDS

Adenoma, Brunner's glands.

RESUMEN

El adenoma de glándulas de Brunner representa el 10% de los tumores benignos del duodeno. Su localización más frecuente es en la primera porción del duodeno y es extremadamente raro por debajo de la ampolla de Vater. Presentamos dos casos, uno de ellos asociado a adenocarcinoma de la ampolla de Vater. Esta asociación no está descrita en la literatura. No existe ningún caso en que se demuestre una transformación de adenoma a adenocarcinoma. Para estas lesiones nodulares solitarias es más correcto el término de adenoma que el de hiperplasia, debiéndose reservar este último para las proliferaciones más difusas.

PALABRAS CLAVE

Glándulas de Brunner, adenomas, brunneromas, tumores benignos de intestino delgado.

Correspondencia: F. Contreras Mejuto. Departamento de Anatomía Patológica. Clínica Universitaria. Avda. Pío XII, s/n. 31080 Pamplona.
--

INTRODUCCIÓN

Según FEYTER (1), la hiperplasia de las glándulas de Brunner puede aparecer en tres formas: como proliferación glandular difusa que da al duodeno un aspecto macroscópico nodular, como una hiperplasia en forma de nódulos pequeños limitados al duodeno proximal y como un nódulo solitario denominado adenoma por ERB y cols. (2) en 1948.

Algunos autores (3, 4) prefieren la denominación de hamartoma a la de adenoma, debido a que, con frecuencia, se acompañan de proliferaciones de músculo liso y grasa o de infiltrados de células inflamatorias. La distinción entre hiperplasia y adenoma es arbitraria. Cuando aparece un nódulo o un pólipo compuesto exclusivamente por glándulas de Brunner probablemente es correcto hablar de hiperplasia o de adenoma, mientras que cuando hay otros componentes deberíamos inclinarnos por el término hamartoma (4).

El motivo de este trabajo es presentar dos casos de adenoma de glándulas de Brunner, uno de ellos asociado a adenocarcinoma de la ampolla de Vater. Esta asociación no ha sido descrita hasta la actualidad.

HISTORIA CLÍNICA

Caso 1. Mujer, de sesenta y nueve años, que acude a consulta por presentar desde hacía unos meses escalofríos, vómitos que cedían espontáneamente, ictericia y prurito generalizado. La paciente tenía antecedentes de diabetes tipo II, con insuficiencia renal crónica y retinopatía diabética. La analítica mostraba una leucocitosis con desviación izquierda y elevación de los enzimas de colostasis. En la ecografía y en la TAC se observó la presencia de un gran cálculo calcificado, que ocupaba toda la vesícula biliar y de una dilatación importante de las vías biliares extrahepáticas. En la endoscopia aparecía una tumoración en la ampolla de Vater, que fue biopsiada y se diagnosticó de adenocarcinoma de la ampolla. Al tratarse de una paciente diabética, se practicó una gastroduodeno-pancreatectomía, esplenectomía y colecistectomía.

Caso 2. Varón, de cuarenta y cinco años, que acude a consulta por presentar molestias intestinales. En la endoscopia apareció, en la primera porción del duodeno, una tumoración no pediculada de 4 x 3 x 1,5 cm.

En ambos casos el material se fijó en formol al 10% y se incluyó en parafina. Los cortes de 5 μ se tiñeron con hematoxilina-eosina y PAS.

RESULTADOS

En la pieza quirúrgica del caso 1, al corte, aparecía una tumoración de 15 x 5 x 5 mm, de coloración blanquecina y bordes no muy bien definidos. Localizada entre la desembocadura del colédoco y el conducto de Wirsung (fig. 1). La luz del colédoco medía 1 cm de diámetro. El pólipo del caso 2, al corte, presentaba una coloración blanquecina y una superficie lobulada.

En ambos casos la tumoración está constituida por glándulas de morfología irregular revestidas por un epitelio cilíndrico, con núcleos basales y citoplasma claro fuertemente PAS positivo (fig. 2). Las glándulas están agrupadas en lóbulos separados por bandas discontinuas de músculo liso. No hay atipias ni figuras de mitosis. Esta lesión corresponde a un adenoma de glándulas de Brunner.

En el caso 1, al lado del adenoma de glándulas de Brunner, y separado por una banda irregular de tejido conjuntivo, aparece una adenocarcinoma moderadamente diferenciado (fig. 3). Este crece formando estructuras glanduloides revestidas por un epitelio pseudestratificado. Los núcleos son grandes, algunos de ellos con nucléolo y hay abundantes figuras de mitosis (fig. 4). Esta tumoración no está bien delimitada, pero el páncreas no está infiltrado.

DISCUSIÓN

Los adenomas de las glándulas de Brunner son bastante raros, constituyen, aproximadamente, el 10% de los tumores benignos del duodeno (5). Hay que tener en cuenta que los tumores benignos del duodeno sólo representan el 0,008% de las biopsias y necropsias tumorales (5). La localización más frecuente es en bulbo duodenal (10), con menos frecuencia postbulbar y sólo se ha descrito un caso distal a la ampolla de Vater (5, 6). Pueden presentarse a cualquier edad y no muestran predilección por ningún sexo (5).

Muchos pacientes permanecen asintomáticos aunque, en ocasiones, desarrollan síntomas como molestias intestinales o hemorragias. Entre las complicaciones que pueden presentar estas lesiones están la obstrucción, ulceración y hemorragia, e intususpección (5, 7, 8). En nuestros casos sólo destacaba la presencia de molestias intestinales vagas. En el caso 1, la ictericia obstructiva parecía ser debida fundamentalmente al adenocarcinoma. No es muy frecuente que los adenomas de glándulas de Brunner produzcan una obstrucción de la ampolla de Vater y, por tanto, ictericia. Por ello es muy importante descartar, ante la presencia de esta lesión, que la ictericia esté producida por un tumor maligno de la ampolla o de la cabeza del páncreas (3, 9).

Nuestros dos casos son ejemplos de lo que FEYRTER (1) denomina hiperplasia nodular. Nosotros pensamos que estos casos son auténticos adenomas y debe reservarse el término de hiperplasia para aquellos casos en los que haya un aumento difuso de las glándulas de Brunner.

No existen en la literatura casos descritos de adenomas de glándulas de Brunner que hayan evolucionado a adenocarcinomas. Tampoco hemos encontrado casos de asociación entre adenomas de glándulas de Brunner y adenocarcinomas intestinales.

Resulta curioso el hecho de que en, aproximadamente, el 75% de las pancreatitis crónicas aparece una hiperplasia de glándulas de Brunner en la zona de la ampolla (3). En nuestro caso había áreas de pancreatitis crónica, aunque es difícil, si no imposible, valorar si son debidas al adenoma o al adenocarcinoma (3, 9).

En conclusión, los adenomas o hiperplasias de las glándulas de Brunner son lesiones raras que no evolucionan hacia la malignización y pueden producir síntomas diversos, que es importante diferenciar de los de un tumor maligno.

BIBLIOGRAFIA

1. Feyrter F. Über wucherungen der brunerschen drüsen. II. Teil der beiträge zur geschwulstlehre (nach untersuchungen am menschlichen darm). Virchows Arch (Path Anat) 1934; 293: 509-526.
2. Erb WH y Johnson TA. Hyperplasia of Brunner's glands simulating duodenal polyposis. Gastroenterology 1948; 11: 740-745.
3. Stolte M, Schwabe H y Prestele H. Relationship between diseases of the pancreas and hyperplasia of Brunner's glands. Virchows Arch (Pathol Anat) 1981; 394: 75-87.
4. Goldman RL. Hamartomatous polyp of Brunner's glands. Gastroenterology 1963; 44: 57-62.
5. Osborne R, Toffler R y Lowman RM. Brunner's gland adenoma of the duodenum. Am J Dig Dis 1973; 18: 689-94.
6. Robertson HE. Pathology of Brunner's glands. Arch Pathol 1941; 32: 112-120.
7. Nakanishi T, Takeuchi T, Hara K y Sugimoto A. A great Brunner's gland adenoma of the duodenal bulb. Dig Dis Sci 1984; 29 (1): 81-85.
8. Silverman LL, Waugh JM, Huizenga KA y Harrison EG. Large adenomatous polyp of Brunner's glands. Am J Clin Pathol 1961; 36 (5): 438-43.
9. Skellenger ME, Kinner BM y Jordan PH. Brunner's gland hamartomas can mimic carcinoma of the head of the pancreas. Surg Gynecol Obste, 1983; 156: 774-6.
10. Peison B y Benish B. Brunner's gland adenoma of the duodenal bulb. Am J Gastroenterol 1982; 77 (4): 276-8.



Figura 1. Imagen de la pieza quirúrgica donde se observa la tumoración en la ampolla.

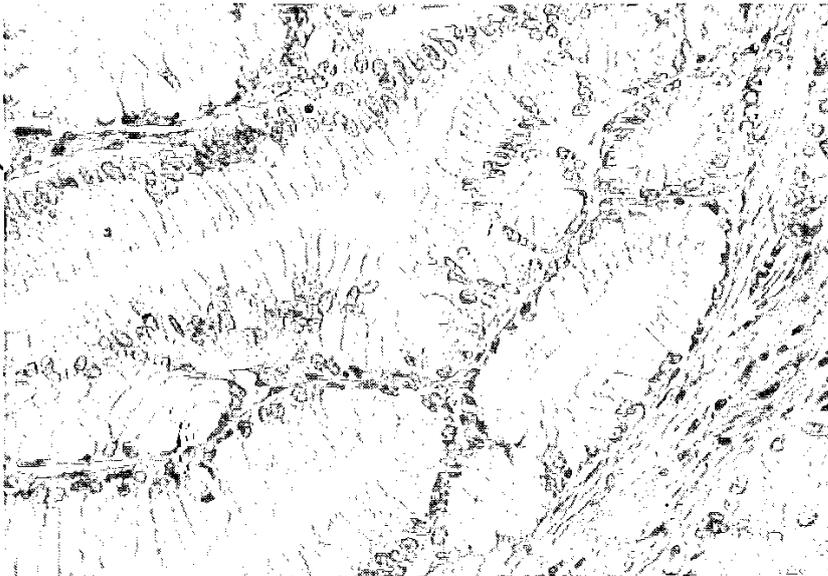


Figura 2. Detalle de la hiperplasia de glándulas de Brunner. Las células son cilíndricas, dispuestas en una sola capa con los núcleos generalmente basales. No se observan atipias ni figuras de mitosis.

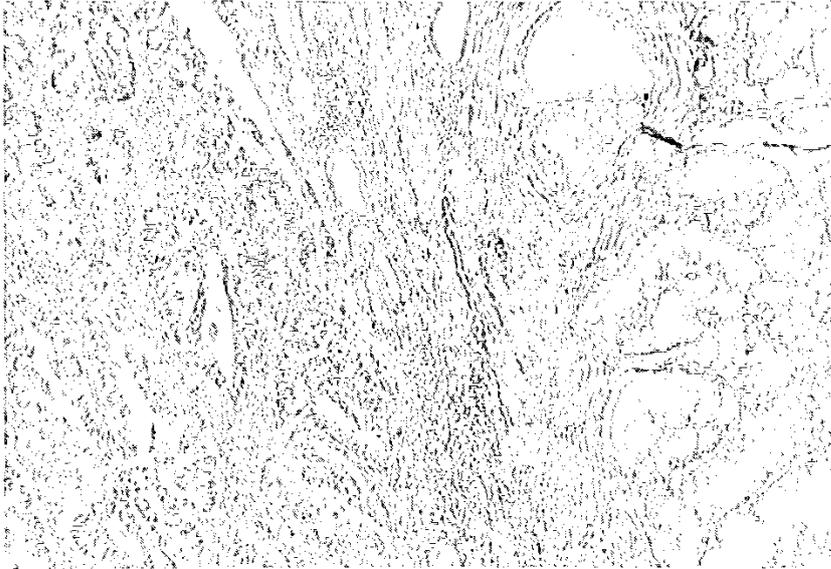


Figura 3. Adenocarcinoma (izquierda) y adenoma de glándulas de Brunner (derecha) separados por una banda de tejido conjuntivo denso. En ésta aparece un discreto infiltrado inflamatorio.

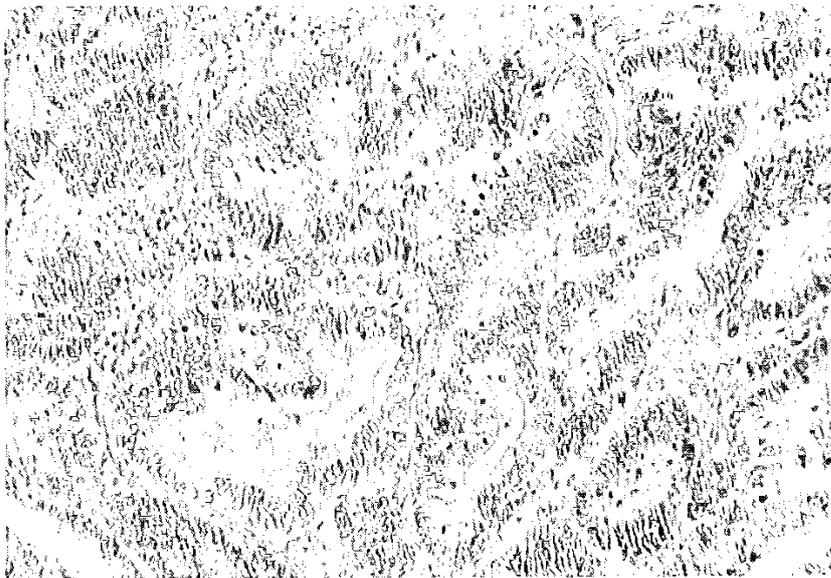


Figura 4. Detalle del adenocarcinoma en el que se observa la irregularidad de las glándulas, la pseudoestratificación, atipia y abundantes mitosis.