

Adenocarcinoma gástrico intramucoso en colon originado de una heteropia gástrica: reporte de un caso y revisión de la literatura

Autores Simón Peraza , Denny Castro , Olga Silva Pacheco, Vanessa Becerra 

Afiliación Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr Luis E Anderson". San Cristóbal, Estado Táchira – Venezuela.

Autor de Correspondencia: Simón Peraza Correo: sidape@gmail.com ORCID: [0000-0002-9206-1016](https://orcid.org/0000-0002-9206-1016)

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2024; 78(2):31-33.

© Los Autores. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X.

<https://doi.org/10.61155/2024.78.2.007>



Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la [Licencia Creative Commons Attribution \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Fecha de recepción: 01/04/2024

Fecha de revisión: 23/05/2024

Fecha de aprobación: 30/05/2024

Resumen

La heterotopia gástrica se define como la presencia de tejido ectópico fuera de su ubicación normal, pudiendo encontrarse en varios niveles del tracto gastrointestinal, incluyendo el tracto biliar y páncreas. El riesgo de adenocarcinoma no se encuentra bien establecido debido a lo poco usual de esta lesión. El presente caso trata de paciente femenina de 54 años de edad, quien refiere de larga data dolor abdominal localizado en flanco izquierdo, el cual exacerbó en las últimas semanas. Se realiza colonoscopia en la cual en colon descendente se observa pólipo sésil, de aproximadamente 1 cm de diámetro, de superficie lisa, sin cambios vasculares ni glándulares y se reseca con asa fría. Este pólipo es reportado por anatomía patológica como una mucosa gástrica tipo pilórica con área neoplásica maligna epitelial cuyos marcadores de inmunohistoquímica fueron positivos para CK7, CDX2, AE1/AE3 y Ki67, concluyendo entonces como adenocarcinoma gástrico intramucoso originado en heterotopia gástrica polipoide de colon descendente. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Palabras Clave: heterotopia, adenocarcinoma, colon.

INTRAMUCOSAL GASTRIC ADENOCARCINOMA IN THE COLON ORIGINATING FROM GASTRIC HETEROPIA: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Summary

Gastric heterotopia is defined as the presence of ectopic tissue outside its normal location, which can be found at various levels of the gastrointestinal tract, including the biliary tract and

pancreas. The risk of adenocarcinoma is not well established due to the unusual nature of this lesion. The present case concerns a 54-year-old female patient, who reports long-standing abdominal pain located in the left flank, which has worsened in recent weeks. A colonoscopy was performed in which a sessile polyp, approximately 1 cm in diameter, with a smooth surface, without vascular or glandular changes, was observed in the descending colon and was resected with a cold snare. This polyp is reported by pathological anatomy as a pyloric-type gastric mucosa with epithelial malignant neoplastic area whose immunohistochemistry markers were positive for CK7, CDX2, AE1/AE3 and Ki67, concluding then as Intramucosal gastric adenocarcinoma originating from polyloid gastric heterotopia of the descending colon. Currently the patient is asymptomatic.

Key Words: heterotopia, adenocarcinoma, colon.

Introducción

Ewel y Jackson fueron los primeros en informar la presencia de heterotopia gástrica en la literatura inglesa en el año 1939, localizada en esófago, la cual es la ubicación más frecuente, seguido de duodeno, ileon, vesícula biliar, vía biliar, recto y en colon donde es menos usual. Su fisiopatología no está bien establecida; sin embargo, se han planteado tres teorías, la congénita, adquirida y de células madre. Los síntomas dependen de la localización y tamaño de la heterotopia, por lo cual, en colon, generalmente cursan con dolor abdominal, hematoquecia o cambios en el patrón evacuatorio; en cuanto al diagnóstico, el gold estándar es el estudio anatomopatológico y su tratamiento consiste en la resección, bien sea endoscópica o quirúrgica.

Resumen del Caso:

Femenina de 54 años de edad, sin comorbilidades, quien refiere de larga data, dolor abdominal de aparición insidiosa, localizado en flanco izquierdo, de carácter opresivo, leve a moderada intensidad, no irradiado, sin atenuantes, el cual exacerbó en las últimas semana, por lo cual acudió a valoración. Al examen físico, en condiciones clínicas estables, abdomen plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin visceromegalias. Endoscópicamente en colon descendente se observa pólipo sésil, de aproximadamente 1 cm de diámetro, de superficie lisa, sin alteraciones en el patrón vascular ni glandular y uno de sus extremos no se encontraba totalmente adherido a la mucosa, reseándose con asa fría (Figura 1). Los hallazgos anatomopatológicos con tinción de hematoxilina – eosina, consistieron en mucosa gástrica de tipo pilórica con área de neoplasia maligna (Figura 2), por lo cual se solicitan marcadores de inmunohistoquímica, resultando positivos para CK7, CDX2, AE1/AE3 y Ki67 y negativos para CK20, CD45 (Figura 3 y Figura 4), concluyendo entonces como un adenocarcinoma gástrico intramucoso originado en heterotopia gástrica polipoide de colon descendente. Pasados 6 meses se realiza revisión endoscópica, resultando sin alteraciones y la paciente se encuentra asintomática.

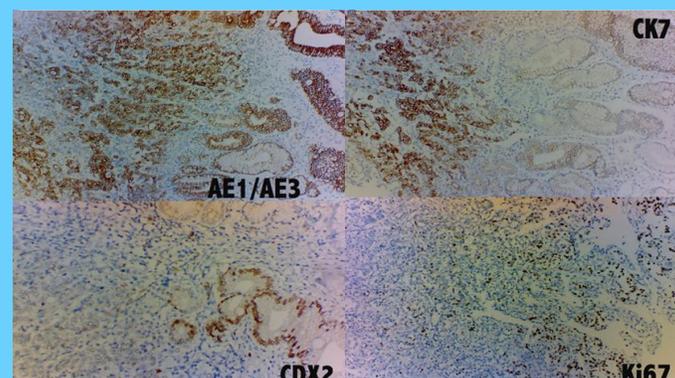


Figura 3. Marcadores inmunohistoquímicos positivos: AE1/AE3, CK7, CDX2, Ki67.

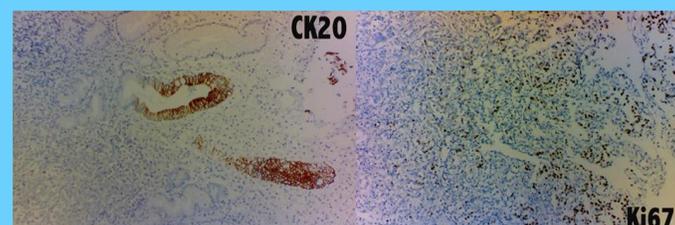


Figura 4. Ki67 positivo, expresión nuclear mayor de 20%; CK20 negativo, pero con expresión focal en área foveolar.

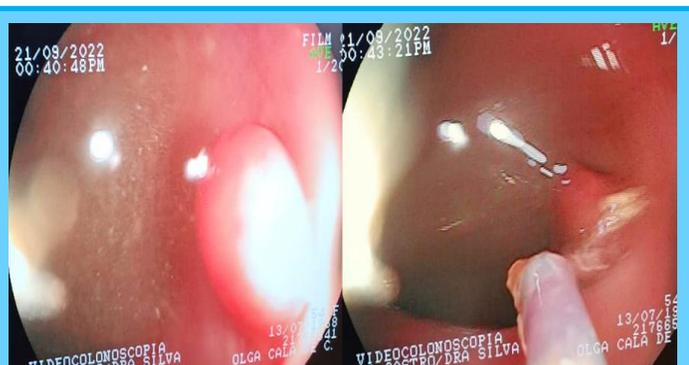


Figura 1. A. Pólipo sésil en colon descendente. B. Área de resección con asa fría.

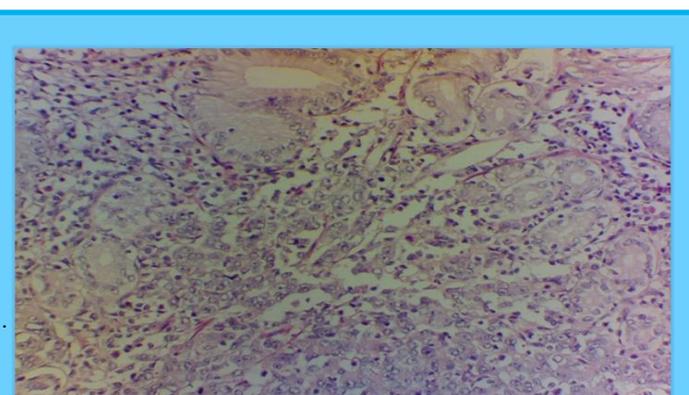


Figura 2. Tinción de hematoxilina – eosina, mucosa gástrica con área de neoplasia maligna.

Discusión

La palabra heterotopia deriva del griego “heteros” que significa diferente y “topos” que hace referencia a localización, por lo cual, se define como la presencia de tejido ectópico fuera de su ubicación normal, sin conexión neural, vascular o anatómica con el sitio original¹. Se ha descrito la presencia de mucosa gástrica heterotópica en varios niveles del tracto gastrointestinal, incluyendo el tracto biliar y páncreas. En el tracto luminal se encuentra con mayor frecuencia en ubicaciones proximales como en esófago, siendo muy poco frecuente distalmente, siendo el colon la ubicación menos usual^{1,2,3}. El riesgo de transformación neoplásica de la mucosa gástrica no ha sido bien aclarado; sin embargo, se ha descrito en esófago, yeyuno e íleon, y en el caso de colon, solo se han reportado 2 casos en la literatura revisada^{1,4}.

Actualmente se desconoce la etiología y el mecanismo detrás del desarrollo de la heterotopia, pero se han planteado tres hipótesis, la primera de ellas, la teoría congénita, la cual propone que la heterotopia resulta de un error congénito en el descenso del estómago durante la embriogénesis, si bien esto podría explicar su presencia en esófago, no lo hace con los segmentos distales. La teoría adquirida considera que la heterotopia es resultado de una regeneración normal después de la destrucción de la mucosa normal del intestino; sin embargo, la rareza de la aparición de la heterotopia después de una lesión mucosal debido a condiciones infecciosas o

inflamatorias argumenta en contra de esta noción y finalmente la teoría de las células madre, propone que la heterotopia es consecuencia de un error en el posicionamiento de las células madre endodérmicas durante la organogénesis, como resultado de la diferenciación errónea de las células madre pluripotentes^{1,2}.

Aproximadamente el 55% de los pacientes permanecen asintomáticos y el espectro de síntomas depende de la ubicación y del tamaño del tejido heterotópico, en esófago se asocia a disfagia, dolor, estenosis, ulceración; en intestino delgado, a dolor abdominal, obstrucción, invaginación, masa palpable y en colon, se relaciona con dolor abdominal, hematoquecia y cambios del patrón evacuatorio^{1,2,4,5}.

El gold estándar de diagnóstico consiste en la valoración anatomopatológica con determinación de marcadores de inmunohistoquímica, ya que este tipo de lesiones no pueden diagnosticarse con precisión mediante estudios endoscópicos ni de imagen, debido a que no cuenta con características patognomónicas¹; sin embargo, mediante endoscopia, se pueden observar como áreas asalmonadas, úlceras y pólipos, tal como en el caso presentado^{2,3,4,6}. Entre los marcadores solicitados se encuentran AE1/AE3, el cual es una panqueratina, cuya positividad garantiza que la lesión es de origen epitelial; la relación entre CK7 y CK20, determina si el origen primario es gástrico, colónico o metastásico y la positividad de la CK7 y negatividad de la CK20, indica estar en presencia de un fenotipo gástrico; sin embargo en el caso presentado el marcador CK20 marco áreas focales de metaplasia intestinal. El CDX2 es un factor de transcripción homólogo de la *Drosophila Melanogaster*, el cual se expresa en un 36% en mucosa gástrica; el CD45 es un marcador de células hematopoyéticas, cuya negatividad descarta neoplasias de este tipo y el Ki67 con índice de proliferación mayor del 20% orienta a mayor agresividad, por lo cual, en el caso en cuestión amerita un seguimiento estricto^{8,9}.

El tratamiento consiste en la resección de la lesión, mediante técnicas endoscópicas o quirúrgicas, dependiendo de las características de la lesión. Algunos autores proponen el uso de inhibidores de la bomba de protones en los casos en los que la heterotopia se encuentre en esófago, para mitigar los síntomas asociados^{1,7}.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

No se recibió financiamiento.

Referencias

1. Mannan, A. A. S. R., Vieth, M., Khararjian, A., Khandakar, B., Lam-Himlin, D., Heydt, D., Bhajjee, F., Venbrux, H. J., Byrnes, K., Voltaggio, L., Barker, N., Yuan, S., & Montgomery, E. A. (2018). The outlet patch: gastric heterotopia of the colorectum and anus. *Histopathology*, 73(2), 220–229. <https://doi.org/10.1111/his.13632>
2. Nasir, A., Amateau, S. K., Khan, S., Simpson, R. W., Snover, D. C., & Amin, K. (2018). The many faces of intestinal tract gastric heterotopia; a series of four cases highlighting clinical and pathological heterogeneity. *Human Pathology*, 74, 183–187. <https://doi.org/10.1016/j.humpath.2018.01.003>
3. Covington, J. D., Zong, Y., Talat, A., Strock, C., Tomaszewicz, K., Zivny, J., & Yang, M. X. (2022). Mass-forming gastric heterotopia of the rectum: A series of 3 cases from a single tertiary health center. *The American Journal of Case Reports*, 23, e936631. <https://doi.org/10.12659/AJCR.936631>
4. Yu, L., Yang, Y., Cui, L., Peng, L., & Sun, G. (2014). Heterotopic gastric mucosa of the gastrointestinal tract: prevalence, histological features, and clinical characteristics. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 49(2), 138–144. <https://doi.org/10.3109/00365521.2013.860558>
5. Salazar, M. Reyes, M. Heterotopia gástrica como causa de sangrado del tubo digestivo bajo. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* 2013, Vol 56.
6. García-Campos, M., Giner, F., & Bustamante-Balen, M. (2019). Appearances can be deceiving: A case of intestinal metaplasia and heterotopic gastric mucosa in colon. *Digestive Endoscopy: Official Journal of the Japan Gastroenterological Endoscopy Society*, 31(6), 717. <https://doi.org/10.1111/den.13477>
7. Ko, H., Park, S. Y., Cha, E. J., & Sohn, J. S. (2013). Colonic adenocarcinoma arising from gastric heterotopia: a case study. *The Korean Journal of Pathology*, 47(3), 289–292. <https://doi.org/10.4132/KoreanJPathol.2013.47.3.289>
8. Duran Alvarez, M. A., & Tafur Sanchez, C. N. (2020). Polypoid gastric heterotopia of colon. *GE Portuguese Journal of Gastroenterology*, 27(1), 65–67. <https://doi.org/10.1159/000500609>
9. Hernandez, B. Y., Frierson, H. F., Moskaluk, C. A., Li, Y. J., Clegg, L., Cote, T. R., McCusker, M. E., Hankey, B. F., Edwards, B. K., & Goodman, M. T. (2005). CK20 and CK7 protein expression in colorectal cancer: demonstration of the utility of a population-based tissue microarray. *Human Pathology*, 36(3), 275–281.