

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**ENFERMEDAD DE MÉNÉTRIER: A PROPÓSITO DE UN CASO**

**AUTOR: AQUINO ARBOLEDA VICTOR MARCELL**

**ASESOR: CABALLERO ALVARADO JOSE ANTONIO**

**TRUJILLO - PERÚ**

**2020**

# ENFERMEDAD DE MÉNÉTRIER: A PROPÓSITO DE UN CASO

## MÉNÉTRIER'S DISEASE: ABOUT A CASE

AQUINO ARBOLEDA VICTOR MARCELL<sup>a</sup>

CABALLERO ALVARADO JOSE ANTONIO<sup>b</sup>

### **Filiación:**

<sup>a</sup> Bachiller de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.

<sup>b</sup> Cirujano General y Trauma del Hospital Regional de Trujillo, Perú.

### **Autor correspondiente:**

AQUINO ARBOLEDA VICTOR MARCELL

Correo: vmaa27@gmail.com

**TITULO:** “Enfermedad de Ménétrier: a propósito de un caso”

“Ménétrier's disease: about a case”

## **RESUMEN**

La enfermedad de Ménétrier (EM) es una gastropatía hipertrófica muy infrecuente de etiología desconocida, relacionada a hipoproteinemia, hipoclorhidria y además cursa con engrosamiento de pliegues mucosos del fondo y del cuerpo gástrico.

La gastroscopía con biopsias convencionales no siempre diagnóstica, por lo tanto; ante una suposición se debe realizar macrobiopsia endoscópica con asa de polipectomía que abarque todo el grosor de la mucosa dañada. En muchas ocasiones un tránsito esófago gastroduodenal (TEGD) orienta el diagnóstico.

Se presenta el reporte clínico de una joven de 26 años de edad, donde fue atendida en el Departamento de Cirugía del Hospital Docente Belén de Lambayeque, la cual fue operada por cirugía electiva con el diagnóstico preoperatorio de Litiasis Vesicular, que ingresa por presentar dolor abdominal tipo cólico, pérdida de peso y vómitos, con ecografía abdominal sugerente a cálculos vesiculares. La paciente persiste el mismo cuadro clínico posterior a la cirugía, por lo que se realiza un tránsito esófago gastroduodenal seriado (estático) y un estudio dinámico, donde se sospecha radiológicamente la enfermedad de Ménétrier; se realiza una endoscopía reforzando la sospecha, se toma una biopsia y el examen anatomopatológico corroboró el diagnóstico.

**Palabras Claves:** Enfermedad de Ménétrier; Gastropatía hipertrófica; Pliegues gástricos engrosados; Tránsito esófago gastroduodenal (TEGD).

## **Abstract**

Ménétrier's disease (MS) is a very infrequent hypertrophic gastropathy of unknown etiology, related to hypoproteinemia, hypochlorhydria and also causes thickening of the mucosal folds of the gastric fundus and body.

Gastroscopy with conventional biopsies is not always diagnostic, therefore; when faced with an assumption must be made by performing endoscopic macrobiopsy with polypectomy loop that covers the full-thickness of the damaged mucosa. On many occasions, an esophageal-gastroduodenal transit (EGDT) can orient the diagnosis.

We present the clinical report of a 26 year-old young woman, who was treated at the Surgery Department of the Hospital Docente Belén of Lambayeque. She was operated by elective surgery with the pre-surgery diagnosis of Vesicular Lithiasis, who was admitted for colicky type abdominal pain, weight loss and vomiting, with abdominal ultrasound suggestive of vesicular stones. The patient persists the same clinical picture after surgery, so a serial esophago-gastroduodenal transit (static) and a dynamic study are performed, where Ménétrier's disease is suspected radiologically; an endoscopy is performed reinforcing the suspicion, a biopsy is taken and the anatomopathological examination corroborates the diagnosis.

**Keywords:** Ménétrier's disease, Hypertrophic Gastropathy, Thickened gastric folds, esophageal-gastroduodenal transit (EGDT).

## **INTRODUCCION:**

Pierre E. Ménétrier, en 1888 publicó por primera vez la correlación existente entre gastropatía hipertrófica y la formación de carcinoma gástrico.(1) Tras su investigación, se plasma el término de enfermedad de Ménétrier (EM) para denotar la coexistencia de hipertrofia de la mucosa gástrica, hipoclorhidria e hipoproteinemia grave, sin darse cuenta la correlación de ésta con la formación de cáncer gástrico. La enfermedad de Ménétrier es una patología muy infrecuente de gastropatía hiperplásica, determinada por la presentación de pliegues engrosados en la mucosa gástrica que se asocia a pérdida de proteínas e hipoclorhidria, que además tiene presentación clínica variable.(1,2)

Para el diagnóstico se debe realizar macrobiopsia endoscópica con asa de polipectomía que abarque todo el espesor de la mucosa afectada.(3) Es una alteración aguda con curso benigno y autolimitado.(4)

El presente reporte de caso ha sido elaborado siguiendo los criterios SCARE.(5)

## **CASO CLINICO**

Mujer de 26 años atendida en el Departamento de Cirugía del Hospital Docente Belén de Lambayeque, con antecedentes de dolor abdominal agudo esporádico de tipo cólico de un año de evolución, que se fue incrementando en los últimos meses, con vómitos alimenticios, no tolerando la vía oral, con una baja ponderal de 30% en un año (fig.1), anorexia y astenia como síntomas asociados. La ecografía abdominal reveló un cálculo vesicular de 1,3 cm de diámetro y pared gástrica edematosa. Los exámenes de laboratorio mostraron Hb 11.1 g/dl, recuento de leucocitos de 11500 /ul, colesterol total 330 mg/dl, proteínas totales

en 2,6 g/dl y albúmina 2,1 g/dl. La serología fue negativa para VIH. La radiografía de tórax fue normal. Se realizó una colecistectomía convencional pensando que su sintomatología era de etiología biliar, los hallazgos quirúrgicos fueron vesícula biliar de 8 x 5 x 3 cm, paredes delgadas, con adherencia laxa a epiplón, con cálculo único de 1cm de diámetro.



**Figura 1.** Imagen de la paciente con su consentimiento. Se aprecia una baja ponderal del 30%

Fue dada de alta al tercer día y en su control refirió que molestias preoperatorias persistían. Se amplía historia clínica encontrándose anorexia, dolor abdominal tipo cólico en epigástrico y zona periumbilical, vómitos blanquecinos y bajo peso. Se decide reingresarla en el servicio de Medicina a los 30 días post cirugía. Durante esta hospitalización se realiza endoscopía digestiva alta, visualizándose

marcado engrosamiento de pliegues gástricos en fondo y cuerpo con mucosa superficial que muestra un aspecto en empedrado e hipertrofia del canal gástrico (fig.2), y además la mucosa hipertrofiada se invagina a nivel del píloro y produce obstrucción (fig.3), con escasa distensibilidad y marcada consistencia a la toma de biopsias, por los hallazgos se sospecha de enfermedad de Ménétrier. El examen anatomopatológico reportó un infiltrado crónico moderado e hiperplasia de la zona gástrica y canal pilórico, confirmando el diagnóstico.

A los 15 días de hospitalización se realizó tránsito esófago gastroduodenal (TEGD) seriado (estático y dinámico) en varios tiempos (fig. 4), donde se evidenció en el TEGD estático: estómago grande y canal gástrico hipertrófico en

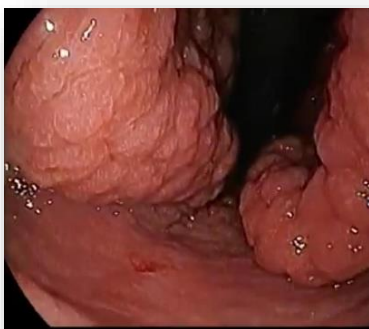
todo el cuerpo y antro gástrico. En las radiografías seriadas se evidenció que el medio de contraste se va evacuando lentamente como un desfiladero hacia el duodeno y se termina de evacuar en su totalidad en un tiempo mayor a 5 horas. En el TEGD dinámico se observó canales gástricos engrosados, empedrados y estómago grande, se observa también pliegues gástricos hipertróficos como una masa que, a nivel del antro, cuando se produce el peristaltismo gástrico, ésta masa hipertrófica se introduce hacia el píloro, obstruyendo gran parte de la luz del mismo; consecuente a ello dificulta la evacuación del medio de contraste al duodeno (Video 1). Los marcadores tumorales de CEA, CA 125, CA 19-9 Y AFP fueron negativos para células malignas.

Se decide programar para una gastrectomía, sin embargo, por el bajo peso y su desnutrición crónica ingresa a un programa de soporte metabólico previo.



Escanee el código  
con su smartphone

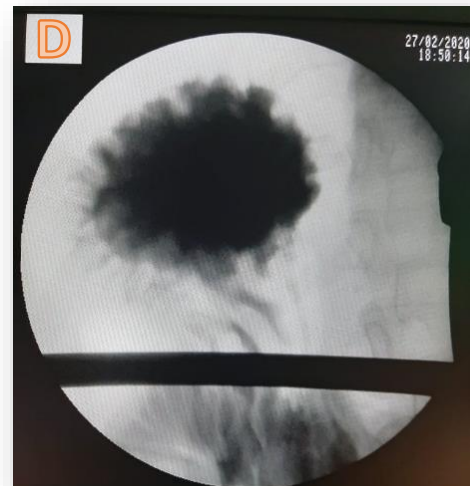
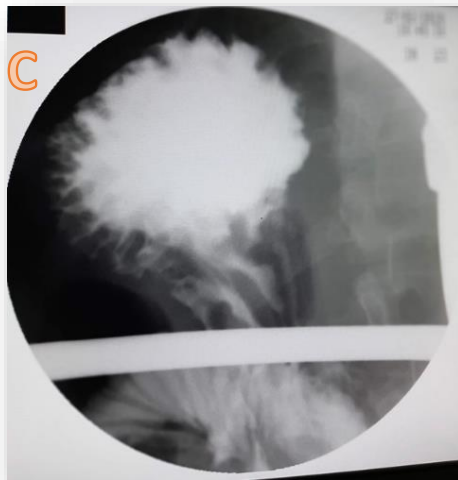
**Video 1.** Enfermedad de Ménétrier – Tránsito esófago gastroduodenal (TEGD) con estudio dinámico. Observe los pliegues gástricos proximales engrosados y tortuosos. <https://youtu.be/mRWwzNzpX8o>



**Figura 2.** Pliegues gástricos hipertróficos en fondo y cuerpo de aspecto en empedrado e hipertrofia del canal gástrico en la gastroscopia.



**Figura 3.** Pliegues gástricos hipertróficos a nivel del píloro en la gastroscopia.



**Figura 4.** Tránsito esófago gastroduodenal (TEGD) seriado: pliegues antrales muy engrosados.

**A-** Canal gástrico hipertrófico a los 15min post ingesta de contraste. **B-** Pliegue gástrico engrosado “patrón en empedrado” a nivel de cuerpo a las 3H 45min. **C-** Fluoroscopia de estómago (proyección oblicua) que demuestra pliegues engrosados a nivel de fondo y cuerpo gástrico a las 4h 15min. **D** Fluoroscopia de estómago (proyección oblicua) que demuestra pliegues engrosados a nivel de fondo y cuerpo gástrico a las 4h 30min.



## DISCUSIÓN

La enfermedad de Ménétrier, es una patología médico quirúrgica muy rara, descrita en autopsias en 1888 por Pierre Eugéne Ménétrier, su sinonimia es distinta, donde recibe los nombres de gastropatía hipersecretora hiperplásica o gastropatía hipertrófica con pérdida de proteínas, predominantemente se encuentra en hombres con edades entre 30 a 60 años, además puede manifestarse en ambos sexos y a cualquier edad, aunque se encontraron casos en edades infantiles.(6)

Esta alteración tiende a ser progresiva, sin embargo, su patogénesis aún se desconoce.(7) Aunque también se han definido cambios con cuadros clínicos diferentes de inicio brusco, que se presentaron en los niños con una resolución espontánea en relación a la infección por citomegalovirus (CMV) y en adultos con la infección por *Helicobacter pylori*.(4)

Hasta ahora no hay datos patognomónicos que puedan diagnosticar la enfermedad de Ménétrier, por lo cual, su diagnóstico se fundamenta en características imagenológicas e histológicas, lo que establece una discusión diagnóstica y terapéutica, debido a la naturaleza extraña de la enfermedad y por consecuente la ausencia de criterios diagnósticos perceptibles.(8)

Los síntomas más comunes incluyen dolor abdominal, anorexia, plenitud gástrica, náuseas, vómitos, pérdida de peso y edemas en los casos que cursan con hipoalbuminemia severa. En los análisis de laboratorio destacan niveles plasmáticos bajos de proteínas y en ocasiones hipoclorhidria.(9)

Endoscópicamente, se aprecia los pliegues del revestimiento gástrico marcadamente gruesos, lo que afecta esencialmente al cuerpo y al fondo y sobre todo al antro pilórico; tal es el caso que el pH gástrico aumenta debido a la carencia de células parietales y por consiguiente la elaboración de moco espeso, dependiente a la hiperplasia foveolar que se presenta con elevada secreción mucosa, lo que causa el incremento del grosor de la mucosa a partir de 1 cm o más (en nuestro reporte de caso alcanza hasta los 4 cm aproximadamente), por lo que es una variante oportuna para el diagnóstico.(10)

El diagnóstico endoscópico no siempre es claro, ya que el engrosamiento de pliegues gástricos se relaciona a diversas patologías tales como adenocarcinoma gástrico, linfoma, síndrome de Zollinger-Ellison, gastritis linfocítica hipertrófica, gastritis eosinofílica, etc. (Tabla 1). La endoscopia es una herramienta útil para el diferencial diagnóstico, ya que puede excluir un engrosamiento de los vasos sanguíneos que se originan en los casos en que las biopsias pueden causar un sangrado significativo.

En consecuencia, se recomienda que la endoscopia preceda a cualquier decisión de tomar biopsias en casos de engrosamiento de pliegues.

Al hablar de síndrome de Zollinger-Ellison, causada por hipergastrinemia secundaria a un gastrinoma, cursa con clínica de dolor abdominal (típicamente epigástrico) y la diarrea que son las manifestaciones más frecuentes, la esofagogastroduodenoscopia puede revelar úlceras duodenales, se descarta esta patología; porque por endoscopia no se encuentra hiperplasia de células parietales, ni presencia de úlceras duodenales.

Se descarta Tuberculosis Gástrica, a pesar de que su clínica se asemeje con Enfermedad de Ménétrier, en nuestro paciente no cursó con fiebre ni diarrea, además ésta patología endoscópicamente encontramos úlceras aftoides y longitudinales, mucosa “en empedrado” y válvula ileocecal incompetente y en la histología no presentó granulomas de gran tamaño ni ulceraciones lineales. Paciente con prueba de BK negativa y radiografía de tórax en condiciones normales.

**Tabla 1: Diagnóstico Diferencial**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Distribución</b>	<b>Localización en el estómago</b>	<b>Mucosa Hiperplásica</b>	<b>Hallazgos Patológicos</b>
<b>Enfermedad de Ménétrier</b>	Difusa	Fondo y cuerpo, antro relativamente preservado	Epitelio foveolar	Hiperplasia foveolar masiva
<b>Gastritis linfocítica hipertrófica</b>	Difusa	Fondo y cuerpo, antro relativamente preservado	Epitelio foveolar	Incremento de los linfocitos intraepiteliales
<b>Gastritis hipersecretora hipertrófica</b>	Difusa	Fondo y cuerpo, antro con atrofia	Todas las capas	Hiperplasia de todos los compartimientos glandulares
<b>Síndrome de Zollinger-Ellison</b>	Difusa	Fondo y cuerpo	Células parietales	Hiperplasia de células parietales
<b>Pólipos Hiperplásicos</b>	Focal	Fondo, cuerpo y antro (cualquiera)	Epitelio foveolar	Hiperplasia foveolar con distorsión de la arquitectura
<b>Síndrome polipósico con pólipos amartomatosos</b>	Variable	Fondo, cuerpo y antro	Epitelio foveolar	Similar a los pólipos hiperplásicos
<b>Adenocarcinoma gástrico y poliposis proximal</b>	Variable	Fondo y cuerpo	Glándulas oxínticas	Pólipos de glándulas fúndicas con alto y bajo grado de displasia
<b>Cáncer gástrico difuso</b>	Variable	Fondo, cuerpo y antro	No aplica	Cáncer infiltrante tipo difuso
<b>Linfoma</b>	Variable	Fondo, cuerpo y antro	No aplica	Obliteración de la mucosa gástrica con infiltración celular por linfoma
<b>Amiloidosis</b>	Variable	Fondo, cuerpo y antro	No aplica	Acelular, material eosinófilo amorfo que rodea glándulas y vasos

Tomado de: Silva PH et al. Rev Assoc Med Bras (1992). 2016; 62 (6): 485-9.

Radiológicamente se objetiva presencia de pliegues gástricos engrosados principalmente a nivel del cuerpo, fondo y antro pilórico. Los pliegues gástricos hipertróficos pueden demostrarse a través del tránsito baritado gastrointestinal

superior. Esta técnica permite precisar el engrosamiento de la pared gástrica por medio de la Fluoroscopia en arco en C.(11)

Histológicamente, los hallazgos encontrados son similares a la Enfermedad de Ménétrier, caracterizándose por hipertrofia e hiperplasia de la zona gástrica y canal pilórico, con engrosamiento de la mucosa por proliferación, elongación y dilatación quística de glándulas gástricas, con infiltrado inflamatorio crónico moderado. Además, se descarta toda patología neoplásica maligna, porque en la histología no presentó cambios atípicos ni displásicos.

El tratamiento de la Enfermedad de Ménétrier no está directamente determinado, aunque como tratamiento alternativo sintomático, utilizamos antiácidos, antiespasmódicos e incluso una dieta rica en proteínas, incluso puede llegar a recibir nutrición parenteral(9)

No obstante, la indicación más aceptada es el tratamiento quirúrgico como la gastrectomía, principalmente en los pacientes que tengan pérdida no controlable de proteínas, pues además se descarta el dudoso riesgo de malignización por parte de los pólipos gástricos mayores de 1 cm.(12)

La enfermedad de Ménétrier tiene un pronóstico expectante, su curso es crónico y progresivo, y a lo largo de su evolución natural de la enfermedad entre un 2-15% de los enfermos puede presentar un adenocarcinoma gástrico al no tener un tratamiento oportuno y adecuado.(11)

Las revisiones más recientes sugieren que siempre que las lesiones malignas hayan sido descartadas como en nuestro reporte de caso; y si existe la presencia de pólipos gástricos deben ser observadas antes que extirpadas. Sin embargo, se sugiere que todos los pólipos mayores de 1 cm o aquellos que causan síntomas, como sangrado digestivo oculto, deben ser removidos por polipectomía endoscópica(13). Por lo tanto, se descarta adenocarcinoma gástrico y linfoma gástrico, porque por biopsia, no se encontró presencia de pólipos gástricos adenomatosos ni úlceras con presencia de malignidad, a pesar que sí se encontró afectación infiltrativa en pared gástrica con engrosamiento de pliegues, se corrobora con marcadores tumorales de CEA, CA 125, CA 19-9 Y AFP que su resultado fue negativo para células malignas.

A pesar que en la literatura se registran múltiples causas intraabdominales y extraabdominales de dolor abdominal epigástrico, es importante que cirujanos, médicos internistas y gastroenterólogos se profundicen acerca de la Enfermedad de Ménétrier por ser un tipo alternativo de gastritis crónica en la que los medicamentos tradicionales indicados no logran alivio y, por ende, la desnutrición progresiva que provoca puede aparentar un cáncer gástrico. Sin embargo esta patología por su baja incidencia y prevalencia no constituye un problema de salud, en el caso presentado si existió concordancia endoscópica e histológica respecto a lo encontrado en el espécimen mucoso y el resultado final de la biopsia, por cuanto a la biopsia que se realizó en la paciente no fue suficiente por gastroscopia y recalando que en la biopsia el resultado fue sugerente a Enfermedad de Ménétrier, justificándose de esta forma la necesidad de realizar un diagnóstico radiológico certero ante la presencia de pliegues

gástricos hipertróficos a nivel del canal gástrico empleándose un tránsito esófago gastroduodenal (TEGD) que nos oriente al diagnóstico, afín de realizar el procedimiento quirúrgico exerético indicado.

## **RESPONSABILIDADES ÉTICAS**

### **Confidencialidad de los datos.**

El autor declara que en esta investigación no aparecen datos del paciente.

### **Derecho a la privacidad y consentimiento informado.**

Los autores enuncian que en esta investigación no exhiben datos de la paciente.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

**Conflicto de intereses:** los escritores testifican que no existen conflictos de intereses.

## BIBLIOGRAFIA

1. Martínez Leyva L, Oliveira C, Tanoeiro G, de Sousa M, Leite N, Almeida G de F. Enfermedad de Ménétrier. Caso clínico. Endoscopia. 1 de octubre de 2015;27(4):175-179.
2. Kirberg B. A, Rodríguez V. B, Donoso V. F, Kirhman T. M, Noriel V. M. Gastropatía hipertrófica perdedora de proteínas. Enfermedad de Ménétrier. Caso clínico. Hypertrophic Protein-Losing Gastropathy Ménétrier Dis Clin Case. febrero de 2014;85(1):81-85.
3. Ostiz-Llanos M, Pueyo-Royo A, Razquin-Lizarraga S. ENFERMEDAD DE MÉNÉTRIER EN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL. RAPD Online. 2019;42(42(1)):44-46.
4. Fernández Caamaño B, Ramos Boluda E, Martínez-Ojinaga Nodal E, Molina Arias M, Sarría Osés J, Prieto Bozano G. Enfermedad de Ménétrier asociada a infección por citomegalovirus. An Pediatría. enero de 2015;82(1):113-116.
5. Agha RA, Borrelli MR, Farwana R, Koshy K, Fowler AJ, Orgill DP, et al. The SCARE 2018 statement: Updating consensus Surgical Case Report (SCARE) guidelines. Int J Surg. diciembre de 2018;60:132-136.
6. García G. de P., Martínez G. Javier, Crespo P. Laura. Una causa infrecuente de anemia ferropénica: Enfermedad de Ménétrier [Internet]. Acta Gastroenterol Latinoam 2016;46(2):118-121. [citado 15 de julio de 2020]. Disponible en: <https://actagastro.org/una-causa-infrecuente-de-anemia-ferropenica-enfermedad-de-menetrier/>
7. Huh WJ, Coffey RJ, Washington MK. Ménétrier's Disease: Its Mimickers and Pathogenesis. J Pathol Transl Med. enero de 2016;50(1):10-16.
8. Gómez-Zuleta MA, Ruiz-Morales ÓF, Riveros. J, Gómez-Zuleta MA, Ruiz-Morales ÓF, Riveros. J. Menetrier disease: Case report with video. Rev Colomb Gastroenterol. junio de 2019;34(2):190-193.
9. Manuel Ramia J, Sancho E, Lozano Ó, María Santos J, Domínguez F. Enfermedad de Ménétrier y cáncer gástrico. Cir Esp. marzo de 2007;81(3):153-154.
10. Patel M, Mottershead M. Disease recurrence following cetuximab completion and declining a gastrectomy: what next to manage Ménétriers disease? BMJ Case Rep. 1 de septiembre de 2014;2014.
11. Guerra-Macías I, Rodríguez-Marzo I. Enfermedad de Ménétrier. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Ménétriers Dis Case Rep Lit Rev. 1 de febrero de 2020;99(1):55-62.
12. Ponce RS, Leal OAG. Enfermedad de Menetrier como entidad poco común. Rev Cuba Cir. 2018;57(1):58-62.

13. Srinivasa D, Wray CJ. Total gastrectomy with isoperistaltic jejunal interposition flap for symptomatic management of gastric polyposis from familial adenomatous polyposis. *J Gastrointest Oncol.* 2014;5(1):4.