

Mucosa gástrica ectópica rectal: Caso clínico

Belén Hernández-Roca¹, María Jesús Segura-Gimenez¹,
José Manuel Ramia-Angel¹

Ectopic gastric mucosa of the rectum: Case report

Objective: To describe a clinical case of rectal ectopic gastric mucosa (REGM) diagnosed at our center and to perform a systematic review of the literature published between 2005 and 2025, aiming to identify the clinical features, diagnostic methods, treatment, and outcomes of this entity. **Case report:** A 64-year-old man underwent follow-up colonoscopy, which revealed a 15-mm flat rectal lesion that was endoscopically resected without complications. Histology confirmed rectal ectopic gastric mucosa without dysplasia, with no recurrence or symptoms during follow-up. **Discussion:** Seven publications including ten cases of rectal ectopic gastric mucosa (REGM) were reviewed, with a mean age of 42 years and a male predominance. Most patients (70%) were symptomatic, mainly presenting with rectal bleeding and anal pain, while diagnosis was incidental in 30% of cases. Lesions were predominantly located in the distal or mid rectum and presented as polypoid formations (60%) or flat ulcerated areas (20%). Treatment consisted of endoscopic mucosal resection in 70% of cases, with two patients undergoing surgical treatment and one managed conservatively. No complications, dysplasia, or malignancy were reported. **Conclusions:** REGM is a rare but clinically relevant entity that should be considered in the presence of atypical rectal findings. Systematic review of literature allows identification of common features as well as diagnostic and therapeutic strategies. The description of a new case contributes to expanding current knowledge.

Keywords: heterotopic gastric mucosa; rectum; endoscopy; systematic review.

Resumen

Objetivo: Describir un caso de mucosa gástrica ectópica rectal (MEGR) diagnosticado en nuestro centro y realizar una revisión sistemática de la literatura publicada entre 2005-2025, identificar las características clínicas, diagnóstico, tratamiento y evolución de esta entidad. **Caso clínico:** Varón de 64 años a quien, durante una colonoscopia de control, se detectó una lesión rectal plana de 15 mm, reseca endoscópicamente sin complicaciones. El estudio histológico confirmó mucosa gástrica ectópica rectal sin displasia, sin recidiva ni síntomas en el seguimiento. **Discusión:** Se revisaron siete publicaciones que incluían diez casos de MEGR, con una edad media de 42 años y predominio masculino. La mayoría (70%) fueron sintomáticos, destacando rectorragia y dolor anal, mientras que en el 30% el diagnóstico fue incidental. Las lesiones se localizaron principalmente en el recto distal o medio, presentándose como formaciones polipoides (60%) o áreas planas ulceradas (20%). El tratamiento consistió en resección mucosa endoscópica en el 70% de los casos, con dos tratados quirúrgicamente y uno con manejo conservador. No se reportaron complicaciones ni displasia o malignidad. **Conclusiones:** La MEGR es una entidad rara pero relevante a considerar ante hallazgos rectales atípicos. La revisión sistemática permite identificar características comunes y estrategias diagnósticas y terapéuticas. La descripción de un nuevo caso contribuye a enriquecer el conocimiento actual.

Palabras clave: mucosa gástrica heterotópica; recto; endoscopia; revisión sistemática.

¹Hospital General Universitario de Elda. Alicante, España.

Recibido el 2026-01-24 y aceptado para publicación el 2026-03-04

Correspondencia a:

Dra. Belén Hernández Roca
hernandez_belroc@gva.es

E-ISSN 2452-4549



Introducción

La mucosa gástrica ectópica rectal (MEGR) es una entidad infrecuente caracterizada por la presencia de tejido gástrico fuera de su localización anatómica habitual. Aunque la mucosa gástrica heterotópica puede hallarse en diversos órganos, como el esófago, la vesícula biliar, el mediastino, el escroto o la médula espinal, su presencia en el recto es excepcional. Desde su primera descripción en 1939 por Ewell y Jackson, se han documentado aproximadamente 50 casos en la literatura^{1,2}.

Su diagnóstico puede ser incidental durante colonoscopias de tamizaje, o realizado por síntomas como rectorragia, dolor anal, tenesmo o diarrea crónica. Debido a su baja prevalencia y a la carencia de guías clínicas, su manejo representa un desafío. El diagnóstico definitivo es histopatológico, al demostrar células parietales y principales en la submucosa o mucosa rectal^{1,2}. Dado que su apariencia endoscópica puede mimetizar lesiones hiperplásicas o neoplásicas, este caso subraya la necesidad imperativa de realizar una toma de biopsia sistemática ante cualquier lesión mucosa atípica, garantizando así un diagnóstico diferencial preciso y evitando manejos inadecuados.

Se realizó una revisión sistemática de la literatura en las bases de datos *PubMed*, *Scopus* y *Web of Science*, siguiendo las directrices de la guía PRISMA. La última búsqueda se realizó el 15 de abril de 2025. Se utilizaron las palabras clave: “*heterotopic gastric mucosa*”, “*rectum*”, “*gastric heterotopia*”, “*ectopic gastric mucosa*”, combinadas mediante operadores booleanos.

Se incluyeron artículos publicados entre 2005 y 2025, en inglés y en español, que describieran casos clínicos de MEGR, independientemente del género, la edad o el país de origen del paciente. Se excluyeron revisiones narrativas y editoriales, así como estudios con localización no rectal o sin datos clínicos individuales.

Dos revisores realizaron de forma independiente la selección de los estudios y la extracción de datos. Las discrepancias se resolvieron por consenso. Se extrajeron las siguientes variables: edad, género, síntomas, hallazgos endoscópicos, localización de la lesión, tratamiento realizado, hallazgos histológicos y evolución clínica.

Además, se incluye un caso clínico propio diagnosticado en nuestro centro. Se obtuvo el consentimiento del paciente para su publicación. Dado que se trata de un informe individual sin intervención experimental, no fue necesaria la aprobación del comité de ética.

Caso clínico

Se trata de un varón de 64 años ingresado por diverticulitis sigmoidea microperforada, tratado de forma conservadora. En la colonoscopia de control, se identificó en el recto una lesión plana granular tipo 0-IIb (según la clasificación de París) de 15 mm de diámetro con aspecto hiperplásico (Figura 1). Se realizó una resección endoscópica completa sin complicaciones. El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de MEGR sin displasia. En las revisiones posteriores, no se observó recidiva y el paciente permaneció asintomático.

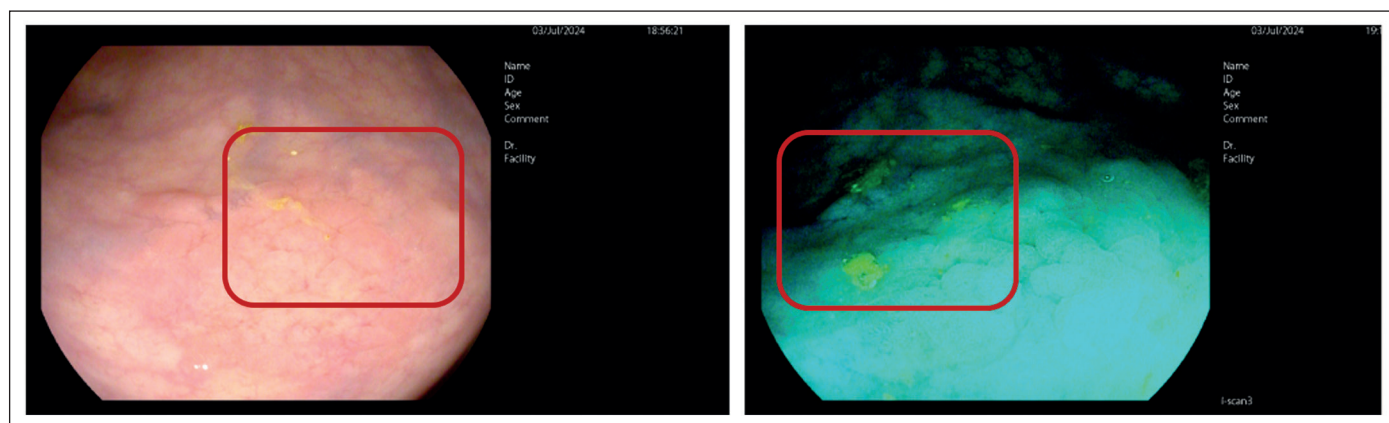


Figura 1. Imagen endoscópica en recto donde se observa una lesión plana 0-IIb granular de aspecto hiperplásico de 15 mm de diámetro (Clasificación de París).

Discusión

La MEGR es una entidad poco frecuente cuya incidencia exacta sigue siendo desconocida. Desde su primera descripción por Ewell y Jackson en 1939, se ha documentado un número limitado de casos en la literatura. En nuestra revisión sistemática, que abarcó los últimos 20 años, se identificaron 10 casos clínicos que, junto con el nuestro, permiten caracterizar mejor esta condición.

Puede diagnosticarse de forma incidental durante colonoscopias o cirugías realizadas por otros motivos, aunque también puede manifestarse con sintomatología variada. Su origen aún no se ha esclarecido por completo. Estudios recientes sugieren que podría originarse por alteraciones en la regulación génica secundarias a procesos inflamatorios

locales, y no necesariamente como resultado de un desplazamiento epitelial durante el desarrollo fetal³. Esta diversidad de mecanismos patogénicos podría explicar la heterogeneidad clínica de los casos reportados.

Se incluyeron diez casos provenientes de siete publicaciones (Tabla 1)⁴⁻¹⁴. Se observó un predominio del sexo masculino (70%; n = 7), con una edad media de 42 años. La mayoría de los pacientes (70%) fueron sintomáticos, manifestando principalmente rectorragia y dolor anal, seguidos de diarrea crónica y tenesmo. El 30% restante fueron hallazgos incidentales. En algunos casos, se han descrito manifestaciones más graves, como fistulas perianales o rectovesicales, atribuibles a la capacidad del tejido gástrico ectópico para secretar ácido clorhídrico y provocar lesiones locales⁸.

Tabla 1. Revisión de casos clínicos sobre mucosa ectópica gástrica en recto

Caso	Referencia	Edad / Género	Síntomas	Hallazgo Endoscópico	Tratamiento	Seguimiento
1	Rifat Mannan AA, et al. Indian J Pathol Microbiol. 2008	55 años Hombre	Dolor anal	Pólipo sésil anal	Escisión quirúrgica	Recuperación completa
2	Rifat Mannan AA, et al. Indian J Pathol Microbiol. 2008	35 años Mujer	Clínica hemorroidal	Hemorroide con tejido gástrico heterotópico	Escisión quirúrgica	Recuperación completa
3	Colsa-Gutiérrez P, et al. Cirugía y Cirujanos. 2015	48 años Mujer	Rectorragia, tenesmo rectal	Cavidad diverticular de 3 cm	Diverticulectomía endoanal	Recuperación completa
4	Antemie RG, et al. J Gastrointest Liver Dis. 2019	46 años Hombre	Colitis ulcerosa	Pólipo sésil en recto medio	Resección mucosa endoscópica	--
5	Dantas E et al. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2020	44 años Hombre	Antecedente familiar de cáncer colorrectal	Lesión plana a 3 cm de margen anal	Resección mucosa endoscópica	-
6	Covington JD et al Am J Case Res. 2022	58 años Mujer	Dolor anal, rectorragia	Masa rectal	Resección mucosa endoscópica	Recuperación completa, no malignidad
7	Covington JD et al Am J Case Res. 2022	33 años Hombre	Dolor anal, rectorragia	Lesión polipoide > 1 cm en recto	Resección mucosa endoscópica	Recuperación completa, no malignidad
8	Covington JD et al Am J Case Res. 2022	25 años Hombre	Dolor anal, rectorragia	Lesión en recto	Resección mucosa endoscópica	Recuperación completa, no malignidad
9	Cox GT, et al. International Surgery Journal 2023	46 años Hombre	Asintomático	Lesión incidental en recto	Resección endoscópica	No complicaciones
10	Moreno Araya JA et al. Gastroenterológica Latinoamericana 2023	38 años Hombre	Diarrea crónica	Lesión plana de 25×20 mm a 6 cm del margen anal	Biopsia más Manejo conservador.	Seguimiento clínico
11	Caso descrito en el trabajo	64 años Hombre	Diverticulitis aguda	Lesión plana granular de 15 mm	Resección mucosa endoscópica	Recuperación completa, no malignidad

Los hallazgos endoscópicos de la MEGR son variados y se presentan como pequeñas lesiones polipoides, áreas irregulares de mucosa anómala o erosiones con o sin ulceración. En nuestra revisión, la mayoría de las lesiones se presentaron como formaciones polipoides (60%; n = 6) o áreas planas ulceradas (20%; n = 2), localizadas predominantemente en el recto distal o medio^{10,11}. El diagnóstico definitivo se establece mediante biopsia y análisis histopatológico. La histología revela mucosa gástrica con células principales y parietales, lo que caracteriza tejido gástrico fúndico o antral³.

El tratamiento de elección, especialmente en lesiones polipoides sintomáticas o con riesgo de malignidad, es la resección endoscópica. El 70% de los casos fueron tratados mediante técnicas de resección endoscópica avanzada (mucosectomía o disección submucosa)^{12,13}, las cuales demostraron ser efectivas y seguras para la eliminación completa de la ectopia.

En dos pacientes (20%), se optó por un abordaje quirúrgico debido a la proximidad de las lesiones a la línea dentada (pólipo anal o hemorroides), lo que limitaba la seguridad del acceso endoscópico. Solo un paciente (10%) fue manejado de forma conservadora tras la confirmación diagnóstica, dada la ausencia de síntomas y la naturaleza benigna de la lesión. No se reportaron complicaciones mayores ni evidencia de displasia o transformación maligna en la serie analizada^{4,14}. Estos hallazgos concuerdan con la literatura, que sugiere un seguimiento endoscópico tras la resección completa. No obstante, la baja frecuencia de esta entidad impide establecer guías internacionales que definan la periodicidad de dicho control.

Aunque la mayoría de los casos presentan un comportamiento benigno, la MEGR es una entidad infrecuente y probablemente subdiagnosticada. Sin embargo, existe un riesgo potencial de transformación maligna; diversos estudios han demostrado su asociación con adenomas de glándulas pilóricas, displasia y adenocarcinoma originados en la mucosa gástrica heterotópica colorrectal¹⁴. Esta patología debe considerarse una causa poco reconocida de rectorragia, lo que subraya la importancia de un diagnóstico diferencial preciso para evitar intervenciones terapéuticas erróneas. En consecuencia, la sospecha endoscópica y la confirmación histológica

son pilares fundamentales para establecer un manejo y seguimiento clínico óptimos

Conclusión

La mucosa gástrica ectópica rectal es una entidad infrecuente que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones rectales atípicas. Este caso enfatiza la importancia crítica de la evaluación histopatológica sistemática de las lesiones detectadas por endoscopia, independientemente de su apariencia inicial. La resección endoscópica constituye una opción terapéutica eficaz y segura en la mayoría de los casos. Dada la limitada evidencia disponible, se recomienda un seguimiento endoscópico individualizado tras la resección.

Responsabilidades éticas

Consideraciones éticas: Este estudio se realizó siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existen conflictos de intereses relacionados con este manuscrito.

Financiación: Los autores declaran que no recibieron financiación externa para la realización de este estudio.

Uso de tecnologías asistidas por inteligencia artificial: Se empleó inteligencia artificial de manera limitada para apoyo en la traducción del manuscrito. Todo el contenido fue verificado, corregido y aprobado por los autores antes de su envío.

Declaración de Autoría

Belén Hernández Roca. Concepción y diseño, revisión bibliográfica, redacción del manuscrito.

María Jesús Segura Giménez. Revisión del trabajo.

José Manuel Ramia Ángel. Revisión del trabajo.

Bibliografía

1. Knight G, Griffiths T, Williams I. Gastrocystoma of the spinal cord. *Br J Surg.* 1955 May;42(176):635-8. doi: 10.1002/bjs.18004217612. PMID: 13240076.
2. Ewell GH, Jackson RH. Aberrant gastric mucosa in the rectum with ulceration and hemorrhage. *Wis Med J.* 1939(8):641-3.
3. Sousa J, Cabezuelo L, Rodrigues A, Costa N, Cipriano MA. Gastric heterotopia of rectum a rare entity. *Acta Med Port.* 2010;23:1151-4. PMID: 21627893.
4. Rifat Mannan AA, Kahvic M, Bharadwaj S, Grover V. Gastric heterotopia of the anus: report of two rare cases and review of the literature. *Indian J Pathol Microbiol.* 2008;51(2):240-1. doi:10.4103/0377-4929.41668.
5. Colsa-Gutiérrez P, Kharazmi-Taghavi M, Sosa-Medina RD, Barrío-Obregón J.I, Ingelmo-Setién A. Mucosa gástrica heterotópica en el recto: reporte de un caso. *Cirugía y Cirujanos* 2016 Abril;84(2):160-3. 10.1016/j.circir.2015.06.013. DOI: 10.1016/j.circir.2015.06.013
6. Covington JD, Zong Y, Talat A, Strock C, Tomaszewicz K, Zivny J, et al. Mass-Forming Gastric Heterotopia of the Rectum: A Series of 3 Cases from a Single Tertiary Health Center. *Am J Case Rep.* 2022 Jul 26;23:e936631. doi: 10.12659/AJCR.936631.
7. Moreno Araya JA, Umaña Solis E, Vargas Arias C, Ochoa Palominos A, Bonilla Rojas M. Heterotopia gástrica rectal: a propósito de un caso. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2016;46:224-6.
8. Kalani BP, Vaezzadeh K, Sieber WK. Gastric heterotopia in rectum complicated by rectovesical fistula. *Digest Dis Sci.* 1983(28):378-80. <https://doi.org/10.1007/BF01324959>.
9. Dantas E, Yamaguti D, Yamazaki K. Gastric heterotopia of the rectum. *Gastroenterología y hepatología* 2021;44(8):579-80. 10.1016/j.gastre.2020.06.034.
10. Limdi J.K, Sapundzieski M, Chakravarthy R, George R. Gastric heterotopia in the rectum. *Gastrointest Endosc.* 2010;(72):190-1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2010.01.045>
11. Steele SR, Mullenix PS, Martin MJ, Ormseth E, Weppler E, Graham J, et al. Heterotopic gastric mucosa of the anus: A case report and review of the literature. *Am Surg.* 2004(70):715-9. PMID: 15328807
12. Antemie RG, Patricia Apostu A, Rogoian L, Ioan Chira R. Ulcerative colitis associated with gastric heterotopia in the rectum: a case report. *JGLD* 2019;28(1):117-20. doi: 10.15403/jgld.2014.1121.281.ulg
13. Dantas E, Yamaguti D, Yamazaki K. Gastric heterotopia of the rectum. *Gastroenterología y hepatología* 2021;44(8):579-80. 10.1016/j.gastre.2020.06.034.
14. Peng D, Qiu T, Chen S, Hu W, Fang T. A case report of heterotopic gastric mucosa in the rectum treated by endoscopic submucosal dissection and a systematic review. *Medicine (Baltimore).* 2023;102(30):e34491. doi:10.1097/MD.00000000000034491