

Comunicación breve

Duplicación gástrica

Dres. José L. San Román*, María F. Curros*, Fernanda Dovasio* y Mariano Sturla*

Resumen

La duplicación gástrica es una malformación muy poco frecuente. Se describe el caso de una niña de 6 años de edad, en buen estado general, con dolor abdominal y náuseas de 7 días de evolución. El examen físico no aportaba datos significativos, por lo que se solicitó una ecografía, que evidenció un quiste de paredes engrosadas y límites poco definidos, vecino al estómago. Para precisar sus límites y relaciones se completó el estudio con una tomografía computada que mostró que la formación quística no se comunicaba con la luz gástrica, ni se originaba en órganos vecinos. El objetivo de este trabajo fue presentar una causa muy poco frecuente de dolor abdominal y masa palpable en pediatría que debería tenerse en cuenta en pacientes con esta sintomatología e imagen quística en la ecografía.

Palabras clave: quistes de duplicación, malformación, ultrasonido.

Summary

Gastric duplication is an uncommon malformation. We describe a 6 years old girl with abdominal pain and nausea for 7 days. Physical examination was irrelevant and abdominal ultrasonography was requested. It showed a thick walled cyst with no clear limits, close to the stomach. For more information, a computerized tomography was requested; it showed that the cyst was in close contact but not communicated with the gastric lumen, and was not originated in other organs. The objective of this paper was to report an uncommon cause of abdominal pain and palpable mass in children that should be considered in patients with these symptoms and a cystic image on abdominal ultrasonography.

Key words: duplication cystis, malformation, ultrasonography.

INTRODUCCIÓN

Los quistes de duplicación gástrica son muy poco comunes. Son malformaciones congénitas quísticas, tapizadas por epitelio gastrointestinal.¹ Se atribuyen a un fallo en la recanalización del tubo digestivo primitivo.²

La mayoría se localiza en la región antro-pilórica y usualmente no se comunican con el estómago. Son más frecuentes en el borde mesentérico.³ Por lo general son asintomáticos y constituyen

un hallazgo por imágenes o se manifiestan por dolor abdominal. Pueden presentar diversas complicaciones: obstrucción, sangrado y perforación. En la actualidad son identificados fácilmente con ecografía (ECO) y presentan signos bastante característicos. Deben ser considerados entre los diagnósticos diferenciales en los niños con dolor abdominal e imagen "quística" en la región epigástrica.

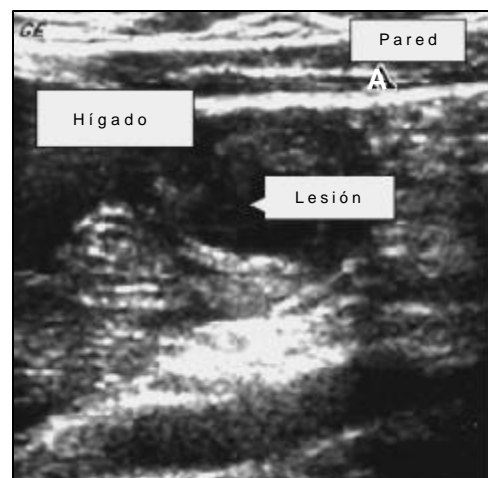
HISTORIA CLÍNICA

La paciente era una niña de 6 años de edad, en buen estado general, afebril. Consultó con dolor abdominal epigástrico y náuseas, ambos de 7 días de evolución.

Los padres informaron que a los 2 y 4 años de edad también habían consultado por síntomas similares que luego calmaron espontáneamente. En aquella oportunidad no se realizaron estudios por imágenes.

Para su mejor evaluación se solicitó una ecografía abdominal (*Fotografía 1*) que mostró una formación redondeada, con contenido líquido y de aspecto quístico.

FOTOGRAFÍA 1



* Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Italiano. Ciudad de Buenos Aires.

tico, de límites poco precisos y con sus paredes discretamente engrosadas, que no variaba con los cambios de decúbito, vecina a la curvatura mayor, sin relación con el colédoco distal.

Luego se completó el estudio con una tomografía computada (TC) en la cual se evidenciaba la lesión quística (*Fotografía 2*), de paredes gruesas, junto al antro gástrico, sin dependencia del colédoco ni del duodeno (se descartó que estuviera vinculado con el duodeno, páncreas, etc.). El contraste oral llenaba la luz gástrica sin ingresar a la lesión.

Sobre la base de la clínica y de las imágenes se decidió la cirugía, con diagnóstico presuntivo de quiste de duplicación. Se consideraron entre los diagnósticos diferenciales al quiste coledociano, quistes de duplicación duodenal y pseudoquiste pancreático.

Se realizó una laparotomía mediana supraumbilical, resecándose por completo la lesión, la cual compartía parte de su pared con el antro gástrico (*Fotografía 3*). La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de duplicación gástrica con tejido pancreático ectópico al informar que se trataba de una lesión con paredes de músculo liso, que poseía mucosa del tubo digestivo y acúmulos linfoides. En su interior contenía un líquido mucinoso.

DISCUSIÓN

Los quistes de duplicación son malfor-

maciones congénitas que se originan a lo largo de todo el tubo digestivo. Corresponden al 15% de las masas abdominales en pediatría. Las ubicaciones más frecuentes son: íleon (30-33%), esófago (17-20%) y colon (13-30%). Los de ubicación gástrica y duodenal representan menos del 7% de las duplicaciones digestivas.³

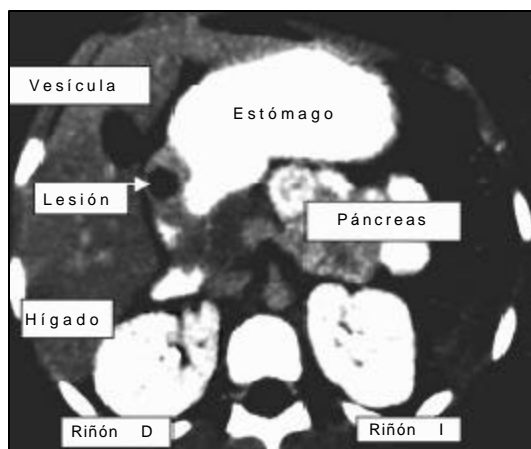
Se considera que los quistes se forman en la octava semana de vida embrionaria por fallas en la recanalización del tracto gastrointestinal. En su mayoría no se comunican con la luz del tubo digestivo.²

Los quistes que se ubican en la región del antro gástrico y duodeno son de origen entérico o neuroentérico (y pueden contener mucosa gástrica o tejido pancreático ectópico) y frecuentemente se asocian a anomalías vertebrales (hemivértebras, etc.). Cuando el quiste contiene mucosa gástrica ectópica, la secreción ácida puede ulcerarlo y hasta perforarlo. Por lo general se encuentra ocupado por un líquido mucinoso y, según la cantidad secretada, puede alcanzar un tamaño de 1 a 25 cm.⁶

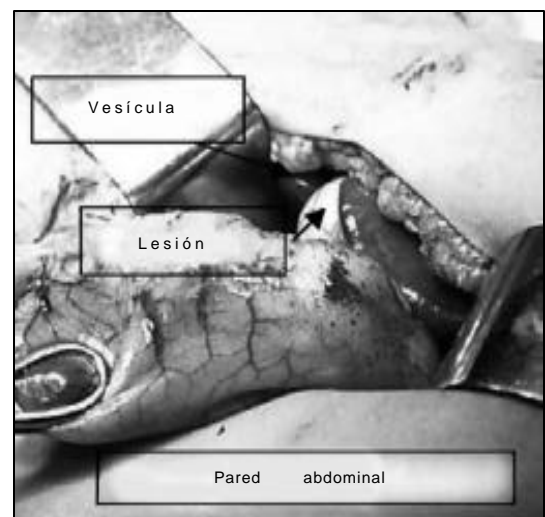
Los quistes de duplicación gástrica generalmente son diagnosticados durante la infancia; por el contrario, los quistes duodenales son de presentación más tardía y desarrollan los síntomas a partir de los 20 años.

La forma de presentación más frecuente es dolor abdominal (por distensión del propio quiste debido a retención de secrecio-

FOTOGRAFÍA 2



FOTOGRAFÍA 3



nes), vómitos y masa palpable.

Menos frecuentemente se puede expresar por medio de las complicaciones, como fiebre por infección del quiste; sangrado digestivo alto (debido a un aumento de presión sobre la pared gástrica, generando necrosis o perforación) o ictericia, al comprimir la ampolla de Vater (más común en quistes duodenales).

Debido a estas complicaciones, el quiste de duplicación debe ser tratado quirúrgicamente; el quiste gástrico es el que presenta menor dificultad durante el acto quirúrgico.^{5,6}

En su mayoría se diagnostican mediante la ecografía que típicamente muestra una doble pared, en la cual la capa interna es ecogénica, está formada por la mucosa y submucosa; la capa externa hipoecogénica corresponde a la muscular.⁴

La ecografía es muy útil para la evaluación inicial pero no lo es tanto para determinar el órgano de origen (mejor visualizado con TC)^{4,5} (véase *Tabla*).

La TC revela una masa de aspecto quístico vecina a la curvatura mayor. La ventaja de este método es que muestra claramente los límites y relaciones de la lesión, reduciendo así la lista de diagnósticos presuntivos. Los datos que aporta son muy útiles para establecer el diagnóstico de sospecha y reparos anatómicos para el acto quirúrgico.⁵

En la paciente presentada, la TC y la ecografía brindaron toda la información, haciendo innecesarios otros estudios.

Entre los diagnósticos diferenciales se pueden mencionar a los quistes y pseudo-

TABLA. Signos a tener en cuenta en las imágenes

Ecografía	Radiología y tomografía computada	Medicina nuclear
<ul style="list-style-type: none"> • Quiste con dos capas (la externa es oscura y corresponde a la muscular). • Contenido líquido limpio o detritus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Masa quística paragástrica. • Más frecuente en la curvatura mayor (65%). • No suele comunicar con la luz gástrica. • Puede aumentar de tamaño y ulcerarse 	<ul style="list-style-type: none"> o perforarse. • Los que contienen mucosa gástrica pueden captar Tc ⁹⁹ y simular un divertículo de Meckel.

quistes pancreáticos, quiste coledociano y quiste de duplicación duodenal.^{2,4,5} ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Margulis AR, Burheme HJ. Radiología del aparato digestivo. 4ª ed. México: Panamericana, 1995: 481.
2. Behrman RE, Kliegman RM, Aruin AM. Nelson. Tratado de pediatría. 15ª ed. México: Panamericana, 1996: 337.
3. Sieunarine K, Manmihansingh E. Gastric duplication cyst presenting as an acute abdomen in a child. J Pediatr Surg 1989; 11:1152.
4. Blais C, Masse S. Preoperative ultrasound diagnosis of a gastric duplication cyst with ectopic pancreas in a child. J Pediatr Surg 1995; 30:1384-1386.
5. Koumaindou C et al. Perforation of multiple gastric duplication cysts diagnosis by sonography. Eur Radiol 1999; 9:1675-1677.
6. Kleinman RE, Gilger M, Braverman RM. Pediatric gastrointestinal disease. 2ª ed. New York: Panamericana 1998;102-107.