



Duplicación Gástrica

M. TAWIL, MD, SCC; A. VERA, MD; G. ROSERO, MD; F. ARIAS, MD.

Palabras clave: Duplicaciones entéricas, Duplicación gástrica, Estómago, Ultrasonografía endoscópica gástrica.

La duplicación gástrica (DG) es una entidad congénita muy rara que acontece en el 3.8% de las duplicaciones entéricas y se diagnostica generalmente en los primeros años de vida. Hasta ahora sólo hay 20 casos en adultos, informados en la literatura. En este trabajo se informa el caso de duplicación gástrica en un paciente de 57 años, con síntomas digestivos altos de varios años de evolución, a quien se le detecta por ecografía y tomografía computarizada (CT) una lesión quística en relación con la cola del páncreas, la pared posterior del estómago y el bazo; se encontró en la laparotomía exploratoria una masa hacia la curvatura mayor del estómago, la cual se resecó y su histología informó una duplicación gástrica completa.

INTRODUCCION

Las duplicaciones entéricas son anomalías congénitas bastante raras; derivan su nombre del órgano con el que se hallan más estrechamente relacionadas, aunque algunas de estas lesiones pueden contener otros tipos de mucosa intestinal o tejido pancreático ectópico; entre ellas, el íleon es el segmento más común, y le siguen en frecuencia, esófago, yeyuno, colon y apéndice, siendo la DG la que ocupa el último lugar en frecuencia (1) con una incidencia del 3.8%; otras anomalías congénitas coexisten en el 35% de los casos.

En 1617, Vacchus y Blassius notaron un doble estómago en un cadáver de un hombre de 85 años; el primer reporte histopatológico fue hecho por Wendel en 1911, siendo varios los grados de duplicación informados en la literatura, incluso una completa (2). Hay diversas teorías acerca de su embriogénesis; la más ampliamente aceptada es la de Bremer basada en una falla en la recanalización del estado sólido del intestino primitivo y la fusión de pliegues epiteliales longitudinales.

Doctores, **Mauricio Tawil**, Prof. Dpto. de Cirugía; Alfonso Vera Torres, R-IV de Cirug. Gral.; **Germán Rosero**, R-IV de Cirug. Gral.; **Fernando Arias**, R-III de Cirug. Gral., Hospital Universitario de San Ignacio, Santafé de Bogotá, D. C., Colombia.

La gran mayoría de los pacientes son diagnosticados en los primeros años de vida (80% en menores de 12 años). Pruk-sapong *et al* en una revisión de 83 casos encontró que 33 de ellos fueron identificados en los primeros 3 meses de vida; otros 19, entre los 3 y los 12 meses; 12, entre 1 y 12 años; y 19, después de 12 años. La sintomatología comúnmente se presenta durante la infancia como una masa abdominal que produce dolor, obstrucción intestinal y retardo en el crecimiento. Hasta la fecha, menos de 20 casos de DG han sido descritos en adultos, y son hallazgos incidentales durante exámenes gastrointestinales altos o endoscopia digestiva alta. Las localizaciones en orden de frecuencia son, la curvatura mayor, la pared posterior, la curvatura menor, la pared anterior y, por último, el píloro; los síntomas pueden ser atribuidos al tamaño de la lesión (obstrucción del tracto de salida del estómago), comunicación del quiste con la luz gástrica (raro), perforación libre, fístula gástrico-cólica o masa ulcerada. Coit y Mies describieron el único caso en la literatura en el que un adenocarcinoma se desarrolla en la DG. En ocasiones se presenta de manera bizarra como un caso de hemoptisis y anemia reportado por Faerber y cols en el que la duplicación gástrica se había perforado y fistulizado a través del diafragma al lóbulo inferior del pulmón derecho (3).

La tomografía computarizada puede demostrar una asociación de la masa con el estómago en la que se observa un engrosamiento de la pared gástrica o una pequeña cantidad de bario o gas, pero esto no es suficiente para establecer el diagnóstico. También han sido reportadas calcificaciones en el quiste. La primera descripción endoscópica de DG fue informada en 1991 y se describió como una masa submucosa de la pared gástrica cubierta por mucosa normal, muy difícil de distinguir y, por tanto, de difícil diagnóstico diferencial. Sin embargo, la ultrasonografía endoscópica es el único procedimiento disponible para evaluar la pared gástrica, por cuanto permite la visualización de estructuras normales y patológicas; la aspiración guiada endoscópicamente ha sido utilizada como método de tratamiento (4).

Las duplicaciones gástricas pueden ser quísticas, tubulares o tubulocísticas, y varían en grados de diferenciación de

simples quistes a variantes más complejas; aunque las células de la mucosa pueden diferir de las del órgano cercano, las DGs tienen una pared muscular y el riego vascular comunes con el estómago.

DISCUSION

La duplicación gástrica es una entidad rara que se observa en el 3.8% de todas las duplicaciones del tubo digestivo en las que ocupa el último lugar; en general, se diagnostica en los primeros años de la vida. Hasta ahora muy pocos casos han sido reportados en adultos, con presentaciones que van desde cuadros poco específicos de dolores abdominales altos, hasta perforaciones y fístulas; se han informado en la literatura 8 casos con comunicación pancreática (5) y, en algún caso, adenocarcinoma en la duplicación. Desde el punto de vista embriológico los procesos causantes del fenómeno no han sido dilucidados completamente; diversas teorías han sido propuestas incluyendo la persistencia de un divertículo intestinal, defectos de recanalización del estado sólido del intestino primitivo, unión parcial, y la teoría de la división de la notocorda, según la cual la duplicación resulta de una anormal adhesión que persiste entre el ectodermo y el endodermo, y la herniación del saco vitelino entre las dos partes de la vértebra, lo que resulta en la duplicación del intestino; sin embargo, esta teoría no explica la no asociación con anomalías espinales. Los signos y síntomas dependen de la localización de la duplicación y de la edad del paciente (67% antes de 1 año); comúnmente se palpa una masa móvil durante el examen físico; la acumulación de secreciones puede causar dolor por distensión del quiste, obstrucción intestinal por compresión, y hasta gangrena del segmento intestinal adyacente. Otros síntomas pueden incluir sangrado por ulceración de la duplicación misma o del intestino contiguo; esto ocurre en el 20% de los casos.

Las DGs pueden ser tubulares o saculares y encontrarse intermusculares, subserosas o submucosas y se localizan, en general, en el lado mesentérico del intestino; las comunicaciones con el lumen adyacente generalmente son comunes en los tipos tubulares, mientras los saculares no. Usualmente tienen una bien desarrollada capa de músculo liso y una mucosa que puede ser de cualquier tipo de mucosa gastrointestinal (48% gástrica). La vascularización generalmente es común con la del órgano cercano (6).

Es de anotar la dificultad diagnóstica preoperatoria en razón a que los síntomas no son específicos y los métodos radiológicos no concluyentes, por lo cual el índice de sospecha debe ser alto, y el diagnóstico generalmente hecho en cirugía y confirmado por la anatomía patológica.

CASO CLINICO

A propósito del tema, queremos reportar un caso clínico de duplicación gástrica diagnosticado y tratado en nuestro hospital.

Hombre de 57 años, quien consultó al servicio de urgencias por un cuadro clínico de 2 días de evolución, caracterizado por dolor en el hipocondrio derecho, irradiado a la espalda, asociado a náuseas y vómito bilioso, sin fiebre ni ictericia, ni coluria ni acolia, y con episodios similares previos tratados como enfermedad ácido-péptica con bloqueadores H2 y antiácidos. Entre los antecedentes figuran tabaquismo e ingesta ocasional de alcohol. En el examen físico se encontró un paciente hidratado con el abdomen blando a la palpación pero que se defendía en nivel del abdomen superior, especialmente en el área del hipocondrio derecho, sin evidencia de masa y sin signos de irritación peritoneal. Al ingreso, el laboratorio mostró 12.200 leucocitos con 55% de polimorfonucleares; pruebas de función hepática con fosfatasa alcalina levemente elevada en 123 U/L (31-115); bilirrubinas y amilasas normales. Se realizó una ecografía abdominal que mostró una imagen de apariencia quística en la vecindad del hilio esplénico, de 60x64x83 mm; la vesícula, las vías biliares y el hígado eran de apariencia normal. Se realizó entonces una tomografía computarizada (CT) que mostró una masa de 10 cm de diámetro, de apariencia quística y en estrecha relación con la cola del páncreas; el bazo y la pared posterior del estómago, no se pudieron diferenciar de la glándula suprarrenal izquierda (Fig. 1). El paciente fue llevado a cirugía donde se le practicó una laparotomía exploratoria en la que se encontró una masa quística en estrecha relación con la pared posterior del estómago hacia la curvatura mayor, que era completamente independiente de las estructuras retroperitoneales, con una pared similar a la gástrica y que al iniciar su disección se confirmó que compartía su lado medial con la curvatura mayor del estómago mediante un tabique mucoso, atrófico del lado de la masa y normal del lado del estómago, y en su interior se observó una sustancia mucoide; se liberó por completo la curvatura mayor y se resecó la masa desde el tercio medio hasta 3 cm por debajo de hiato esofágico (Figura 2). Se instaló una sonda nasogástrica por 3 días al cabo de los cuales se retiró y se inició la vía oral con buena tolerancia. El paciente fue dado de alta al quinto día postoperatorio sin complicaciones.

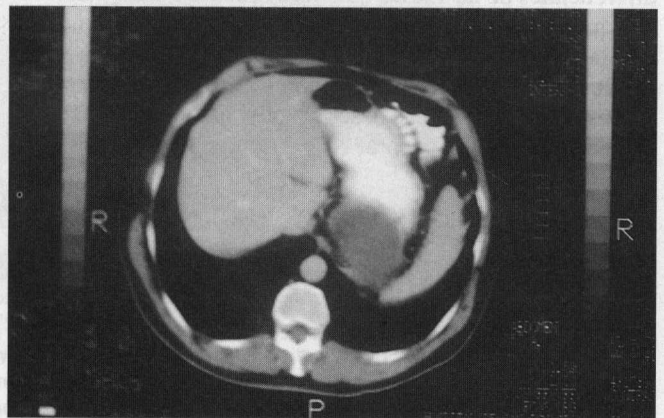


Figura 1. CT helicoidal del abdomen que muestra masa quística en estrecha relación con la cola del páncreas y la pared posterior del estómago.

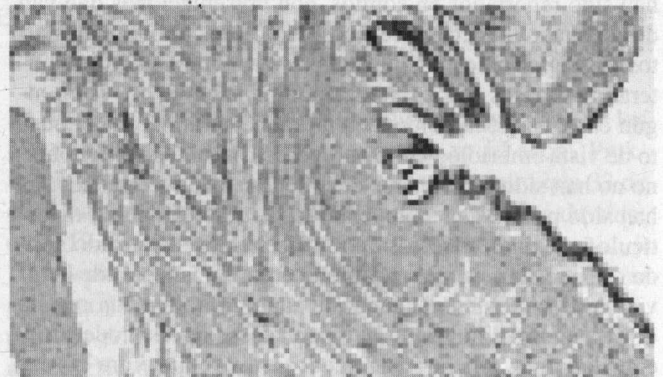
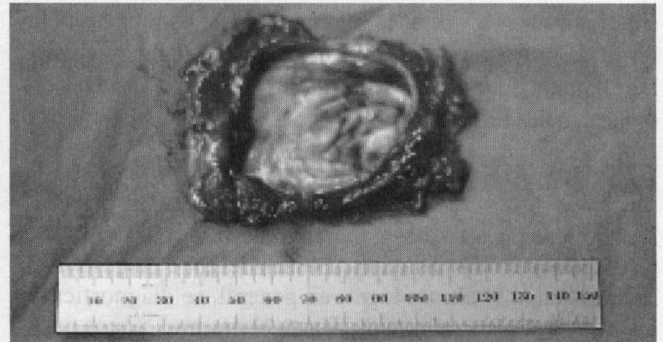
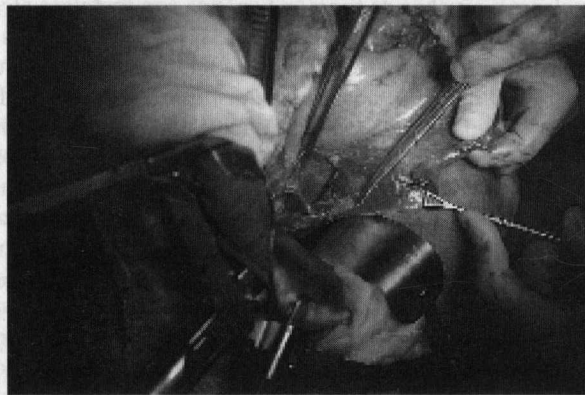


Figura 2. A. Apariencia de la masa quística unida a la pared posterior del estómago. B. Resección de la masa hacia la curvatura mayor.

Figura 3. A. Lesión extirpada. B. Cortes histológicos en los que se muestran todas las capas de la pared gástrica y la mucosa característica, descritas en el texto.

La patología reportó una DG completa en cuya histología se encontró una pared muscular conformada por dos capas bien definidas, con filetes nerviosos en su interfase; el revestimiento epitelial estaba constituido por un epitelio columnar pseudoestratificado mucoprodutor (Figura 3).

Se quiso con este caso de DG, revisar una patología poco frecuente, para que sea tenida en cuenta en los diagnósticos diferenciales de las masas quísticas intrabdominales. Recordar que el tratamiento es la resección quirúrgica completa; que la histología es el patrón de oro de su identidad, y que puede ser fuente de adenocarcinoma gástrico. Las presentaciones bizarras como las descritas previamente son raras pero deben tenerse en cuenta.

ABSTRACT

Gastric duplication (GD) is a rare congenital entity that occurs in 3.8% of the enteric duplications. The diagnosis is usually established in the first years of life. So far we have found only 20 adult cases reported in the world literature. We hereby report one case of gastric duplication in a 57 year old man, who presented with gastrointestinal symptoms dating back several years, in whom a cystic lesion of the stomach was detected by ultrasonography and CT scan, closely located to the tail of the pancreas, the posterior gastric wall and the spleen. At surgery we encountered a mass located over the greater curvature of the stomach, which was readily resected. Pathology reported a complete gastric duplication.

REFERENCIAS

1. Luks F, Mehul S: Adult foregut duplication. *Surgery* 1990; 108: 101-4
2. Agha F, Gabriele O: Complete gastric duplication. *AJR* 1991 Aug; 137: 406-7
3. Faerber E, Balsara R: Gastric duplication with hemoptysis: CT findings. *AJR* 1993; 161: 1245-6
4. Ferrari AP, Van D: Endoscopic needle aspiration of a gastric duplication cyst. *Endoscopy* 1995; 27: 270-2.
5. Johnstone D, Forde K: Gastric duplication cyst communicating with the pancreatic duct: A rare case of recurrent abdominal pain. *Surgery* 1991; 109: 97-100
6. Chandramoili P, Hossein M: Duplications of the alimentary tract in infants and children. *Pediatr Surg* 1995 Sep; 30 (9): 1267-70.

Correspondencia:

Doctor Mauricio Tawil. Departamento de Cirugía, Hospital Universitario de San Ignacio, Santafé de Bogotá, D. C.