

Duplicación gástrica como causa de masa abdominal en el recién nacido

F.M. Pérez Fernández¹, I. Tofé Valera¹, F. Vázquez Rueda², C. Herráiz Perea¹, M.D. Ruiz González¹, M.D. Martínez Jiménez¹, M.J. Párraga Quiles¹, J. Guzmán Cabañas¹, M.D. Huertas Muñoz¹, M. Zapatero Martínez¹

¹Unidad de Neonatología. Servicio de Pediatría, Críticos y Urgencias. ²Servicio de Cirugía Infantil. Hospital Universitario «Reina Sofía». Córdoba

Resumen

La duplicación gástrica es una malformación poco frecuente que representa el 8% de las duplicaciones digestivas. Se atribuye a un fallo, durante el periodo embrionario, en la recanalización del tubo digestivo primitivo. La mayoría se localizan en la región antro-pilórica, en el borde mesentérico, y usualmente no se comunican con el estómago. Por lo general, son asintomáticas, y constituyen un hallazgo por técnicas de imagen. Estas malformaciones se presentan comúnmente como una masa abdominal y con dolor. En algunos pacientes puede dar sintomatología secundaria a una complicación, como infección, sangrado, obstrucción intestinal, masa palpable y perforación. El diagnóstico viene determinado por la ecografía abdominal y la tomografía computarizada, lo que permite definir la localización de la masa y las relaciones con las estructuras vecinas. Debemos considerar entre los diagnósticos diferenciales principalmente los quistes de la vía biliar, los linfangiomas mesentéricos y otras duplicaciones intestinales. El tratamiento es siempre quirúrgico.

El objetivo de este trabajo fue presentar una causa poco frecuente de masa palpable, que debería tenerse en cuenta en los pacientes pediátricos con esta sintomatología y una imagen quística en la ecografía.

Palabras clave

Duplicación gástrica, malformación del tubo digestivo, masa abdominal

Caso clínico

Recién nacida a término de peso adecuado para la edad gestacional. El parto fue por cesárea por un fallo de inducción tras la rotura prolongada de membranas de 24 horas. Su estado general de salud al nacer era bueno. Se diagnosticó por ecografía prenatal una tumoración quística intrabdominal compatible con un quiste ovárico. Ingresó por presentar una mala tolerancia digestiva y una tumoración abdominal. Desde las primeras ho-

Abstract

Title: Gastric duplication as the origin of abdominal mass in the newborn

Gastric duplication is an uncommon malformation that represents 8% of the digestive duplications. It is attributed to a failure in the recanalization of the primitive alimentary tract during the embryonic period. The most frequent location is the antro-piloric region, on the mesenteric edge and usually they do not communicate with the stomach. These malformations are generally asymptomatic, and they are detected by imaging techniques. The most frequent presentation form of these malformations is an abdominal mass and pain. In some patients symptoms secondary to a complication such as infection, bleeding, intestinal obstruction, palpable mass and perforation, are observed. Diagnosis is determined by abdominal ultrasound and computed tomography (CT), allowing to establish the mass location and its involvement with nearby structures. In differential diagnosis we must mainly consider cysts of the biliary tract, mesenteric lymphangiomas and other intestinal duplications. The treatment is always surgical.

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 showing a cystic image in abdominal ultrasonography.

Keywords

Gastric duplication, gastrointestinal malformation, abdominal mass

ras de vida presenta regurgitaciones-vómitos de forma progresiva. En el examen físico se palpó una masa de casi 6 cm de diámetro, parcialmente desplazable y de consistencia dura y elástica, que ocupaba todo el hipocondrio derecho, con cierta distensión abdominal. La ecografía abdominal (figura 1) mostró una masa subhepática, de paredes finas y lisas, y un aspecto quístico y avascular, de 6 × 6 cm, localizada en la región antro-gástrica, que no variaba con los cambios de decúbito, próxima a la curvatura mayor, sin relación con el colédoco distal, compa-

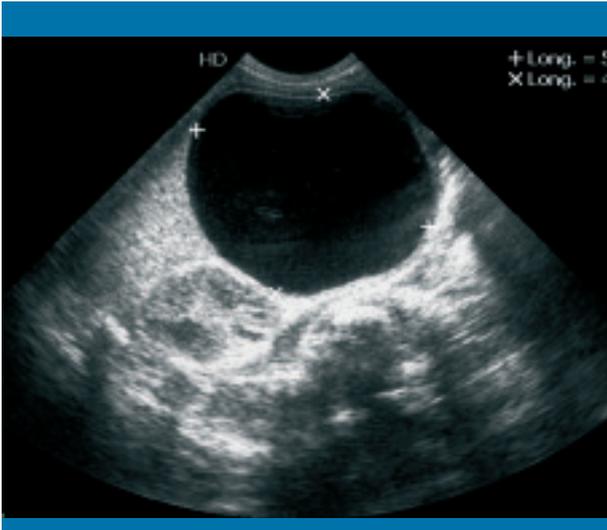


Figura 1. La ecografía abdominal muestra una masa suprahepática, de paredes finas y lisas, aspecto quístico y avascular, de 6 × 6 cm, en región antrogástrica

tible con un quiste de origen hepático, mesentérico u ovárico. En la radiografía simple de abdomen se observa una imagen de efecto masa en el hemiabdomen derecho, con una leve dilatación gástrica y un marco cólico desplazado hacia abajo. El intestino presentaba una buena aireación. En la tomografía computarizada (TC) abdominal el hígado tenía un tamaño y una morfología normales, observándose una lesión voluminosa quística y encapsulada en la parte más caudal de lóbulo hepático derecho, de 5,8 × 5 cm, de contenido homogéneo e hipodenso. Se realizó una laparotomía mediana supraumbilical y se resecó por completo la lesión, que compartía parte de su pared con el antro gástrico (figura 2). La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de duplicación gástrica con tejido pancreático ectópico, al informar que se trataba de una lesión con las paredes del músculo liso, que presentaba una mucosa del tubo digestivo y acumulaciones linfoides. En su interior contenía un líquido mucinoso. No había ulceración ni signos histológicos de malignidad. En el postoperatorio se instauró nutrición parenteral, y se reinició la alimentación oral al octavo día, con buena aceptación de la paciente, que recibió el alta a los 13 días.

Discusión

Las duplicaciones digestivas son malformaciones congénitas que se originan a lo largo de todo el tubo digestivo, y la forma más frecuente es la quística (94%). Representan el 15% de las masas abdominales en pediatría. Las ubicaciones más habituales son las siguientes: íleon (30-33%), esófago (17-20%) y colon (13-30%)^{1,3}. Las de ubicación gástrica y duodenal representan menos del 7% de las duplicaciones digestivas, y se localizan más frecuentemente en la región antropilórica¹. Su causa es una alteración en la organogénesis que propiciaría la ausencia de ca-



Figura 1. Radiografía de abdomen simple que muestra una imagen aérea de 5 × 5 cm que desplaza la cámara gástrica

nalización del tubo digestivo inicialmente macizo; se asocian a menudo a otras malformaciones⁴. En su mayoría no se comunican con la luz del tubo digestivo. Los quistes que se ubican en la región del antro gástrico y el duodeno son de origen entérico o neuroentérico (pueden contener mucosa gástrica o tejido pancreático ectópico), y frecuentemente se asocian con anomalías vertebrales (hemivértebras, etc.). Si 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 1-25 cm. Los quistes de duplicación gástrica generalmente se diagnostican durante la infancia, gracias a los avances en ecografía, en algunos casos de forma prenatal¹⁵. Clínicamente, pueden ser asintomáticos y constituir un hallazgo. En los pacientes sintomáticos, es habitual el antecedente de dolor abdominal, vómitos y masa palpable^{2,3,6}. Con menos frecuencia se pueden presentar con complicaciones, como fiebre por infección del quiste, sangrado digestivo alto (debido a un aumento de la presión sobre la pared gástrica, lo que genera necrosis o perforación) o ictericia, al comprimir la ampolla de Vater (más común en los quistes duodenales). Debido a estas complicaciones, el quiste de duplicación debe tratarse quirúrgicamente⁷.

En su mayoría se diagnostican mediante ecografía, que normalmente muestra una doble pared, una capa interna ecogénica, formada por la mucosa y la submucosa, y una capa externa

hipoecogénica que corresponde a la muscular. La ecografía es muy útil para la evaluación inicial, pero no lo es tanto para determinar el órgano de origen (mejor visualizado mediante TC). La ventaja de este método es que muestra claramente los límites y las relaciones de la lesión, lo que reduce la lista de diagnósticos diferenciales. Los datos que aporta son muy útiles para establecer el diagnóstico de sospecha y los reparos anatómicos para el acto quirúrgico⁵. En el presente caso la TC y la ecografía brindaron toda la información, por lo que fueron innecesarios otros estudios. Entre los diagnósticos diferenciales se pueden mencionar los quistes y los pseudoquistes pancreáticos, el quiste coledociano y el quiste de duplicación duodenal. ■

Bibliografía

1. San Román JL, Curros MF, Dovasio F, Sturla M. Duplicación gástrica. Arch Argent Pediatr. 2003; 101: 3-8.
2. Jaroslavsky D, Dinerstein A, Balanian N, Bou-Khair AV, Cuervo JL, Iglesias J. Duplicaciones del tubo digestivo. A propósito de un caso clínico. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 1997; 2: 63-66.
3. Blais C, Masse S. Preoperative ultrasound diagnosis of a gastric duplication cyst with ectopic pancreas in a child. J Pediatr Surg. 1999; 30: 1.384-1.386.
4. Machado MA, Santos VR, Martino RB, Makdissi F, Canedo L, Bacchella T, et al. Laparoscopic resection of gastric duplication: successful treatment of a rare entity. Surg Lap Endosc Percut Tec. 2003; 13: 268-270.
5. Kleinman RE, Gilger M, Braverman RM. Pediatric gastrointestinal disease, 2.^ª ed. Nueva York: Panamericana, 1998; 102-107.
6. D'Journo XB, Moutardier V, Turrini O, et al. Gastric duplication in a child mimicking mucinous cystadenoma of the pancreas. J Clin Pathol. 2004; 57: 1.215-1.218.
7. Singh S, Gupta R, Mandal AK. Department of Pathology, Maulana Azad Medical College, New Delhi 110 002. Complete gastric duplication cyst. Indian J Gastroenterol. 2005; 24: 170-171.