

Duplicación gástrica

Carolina Donoso C.¹, Patricio Varela B.²,
Arnoldo López R.³, Jorge Godoy L.³.

Resumen

Introducción: La duplicación gástrica es una malformación poco frecuente del tubo digestivo¹, que en algunos casos puede dar sintomatología secundaria a una complicación³. *Objetivo:* Reportar dos pacientes portadores de una duplicación gástrica que fueron resueltos por vía laparoscópica. Se detallan los aspectos clínicos, radiológicos y los beneficios de la técnica utilizada. *Casos:* Un lactante de 9 meses portador de una neurofibromatosis que en su estudio abdominal aparece como hallazgo una malformación quística del estómago, y un recién nacido que presenta vómitos frecuentes, dolor abdominal y masa palpable. Ambos tratados con cirugía laparoscópica, con buena evolución. *Conclusión:* La duplicación gástrica es una entidad poco frecuente que requiere tratamiento quirúrgico, ya sea por vía abierta o laparoscópica, siendo esta última una técnica recomendable y segura en la actualidad.

(**Palabras clave:** duplicación gástrica, malformación tubo digestivo, masa abdominal).

Rev Chil Pediatr 77 (1); 52-55, 2006

Gastric duplication

Background: Gastric duplication is an uncommon gastrointestinal tract malformation, that in some cases may produce symptoms related to its complications. *Objective:* To describe 2 cases of gastric duplication that were treated by laparoscopic surgery. *Cases:* The first one is a 9 month-old toddler with neurofibromatosis in which the abdominal study, performed due to abdominal pain, revealed a gastric cyst malformation; the second case is a neonate with vomits, abdominal pain and a palpable mass at physical examination, whose abdominal ultrasonography and computed tomography (CT) demonstrated a gastric duplication. Both were treated by laparoscopic surgery and had successful evolution. *Conclusion:* Gastric duplication is an infrequent pathology that require surgical treatment. Laparoscopic via is an accurate and recommended treatment.

(**Key words:** gastric duplication, gastrointestinal malformation, abdominal mass).

Rev Chil Pediatr 77 (1); 52-55, 2006

1. Médico en capacitación. Servicio Cirugía Hospital Luis Calvo Mackenna. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Oriente. Universidad de Chile.
2. Médico, Cirujano Pediatra. Servicio de Cirugía Hospital Luis Calvo Mackenna. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Oriente. Universidad de Chile.
3. Residente Cirugía Pediátrica. Servicio Cirugía Hospital Luis Calvo Mackenna. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Oriente. Universidad de Chile.

Trabajo recibido el 29 de noviembre de 2006, aprobado para publicación el 23 de enero de 2006.

Correspondencia a: Dr. Patricio Varela B. Antonio Varas 360. E-mail: pvarelachile@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La duplicación gástrica corresponde a una entidad clínica poco frecuente. La causa sería una falla embrionaria en la recanalización del tubo digestivo primitivo¹. La mayoría se localiza en la región antro pilórica, en el borde mesentérico y no tienen comunicación de su lumen con el estómago². La forma más frecuente de presentación de estas malformaciones es dolor abdominal y masa. En algunos pacientes la sintomatología puede ser derivada de alguna complicación, como: obstrucción intestinal, infección, sangrado, masa palpable y perforación. La ecografía abdominal y la tomografía axial computada (TAC) son de utilidad para el diagnóstico, permiten definir la localización de la masa y las relaciones con las estructuras vecinas³. Entre los diagnósticos diferenciales se pueden mencionar, principalmente a los quistes de la vía biliar, linfangiomas mesentéricos y otras duplicaciones intestinales. El tratamiento es quirúrgico y la cirugía laparoscópica o mínimamente invasiva constituye una alternativa muy valiosa⁴.

El presente trabajo tiene por objetivo reportar dos pacientes portadores de una duplicación gástrica que fueron resueltos por vía laparoscópica. Se detallan los aspectos clínicos, radiológicos y los beneficios de la técnica utilizada.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente de sexo masculino, 9 meses de edad, portador de neurofibromatosis. Con historia de dolor abdominal cólico de 2 meses de evolución, cuyo estudio ecográfico abdominal demostró una malformación quística de paredes gruesas de 5 x 6 x 3 cm localizada en la región antrogástrica, sugerente de duplicación intestinal. Rx Esófago-Estómago-Duodeno mostró compresión gástrica extrínseca, sin obstrucción intraluminal (figura 1). TAC de abdomen confirmó diagnóstico de duplicación gástrica en la región antral, no evidenciando comunicación con lumen del tubo digestivo. Se realizó extirpación quirúrgica por vía laparoscópica, sin inconvenientes (figura 2).

El estudio anatomo-patológico confirmó el diagnóstico.

El paciente evolucionó satisfactoriamente post cirugía, se realimentó al segundo día y fue dado de alta al sexto día. La ecografía abdominal de control efectuada al tercer mes postoperatorio resultó sin hallazgos patológicos.

Caso 2

Paciente de sexo masculino, RN de término AEG de 1 mes y 3 días de vida al ingreso. Consultó previamente en su lugar de origen por historia de vómitos desde los 14 días de vida y dolor abdominal. Al examen físico se palpó una masa que ocupaba todo el hipocondrio derecho. La ecografía abdominal mostró una masa subhepática, de paredes gruesas, aspecto quístico y avascular, de 3 x 3 x 1,5 cm. No se logró definir origen, por lo que se complementó con TAC de abdomen que mostró una masa polilobulada y tabicada (figura 3); sugerente de los siguientes diagnósticos radiológicos: linfangioma infectado, quiste de colédoco y

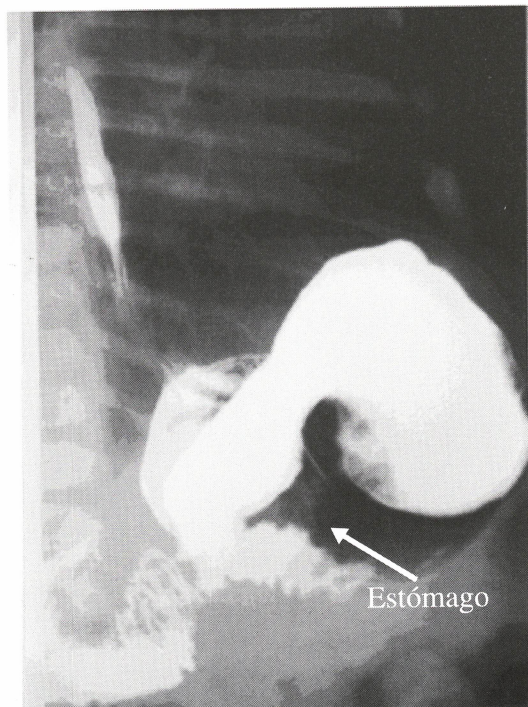


Figura 1. Tránsito intestinal. Obsérvese compresión que el quiste provoca en el estómago.

uplicación digestiva. Se decidió tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica y se comprobó que la masa correspondía a una duplicación gástrica localizada en la región antropilórica de 3 cm, de diámetro, de pared firme y fibrosa. Durante el procedimiento se aspiró contenido por vía percutánea bajo vi-

sión directa, obteniendo un líquido de aspecto infectado. En el cultivo del líquido se desarrolló *Staphylococcus Aureus*, sensible, por lo que el paciente recibió el antibióterapia por 7 días.

En el postoperatorio se realimentó al segundo día, alta a los 10 días.

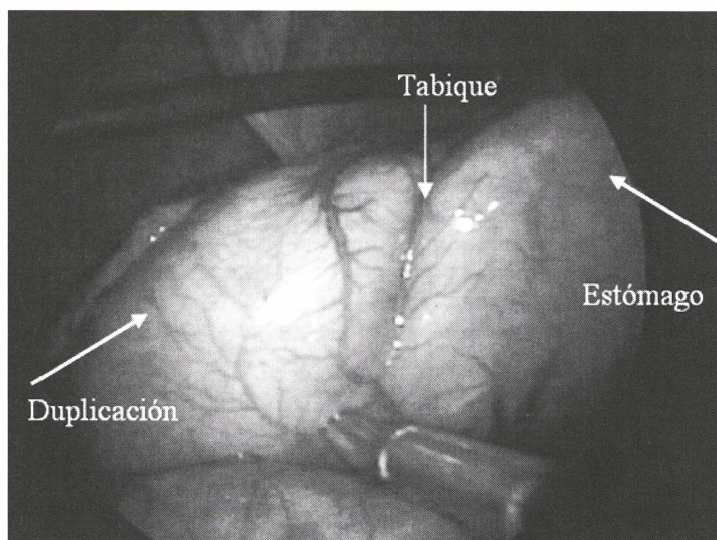


Figura 2. Visión laparoscópica de quiste de duplicación gástrica en región antropilórica.

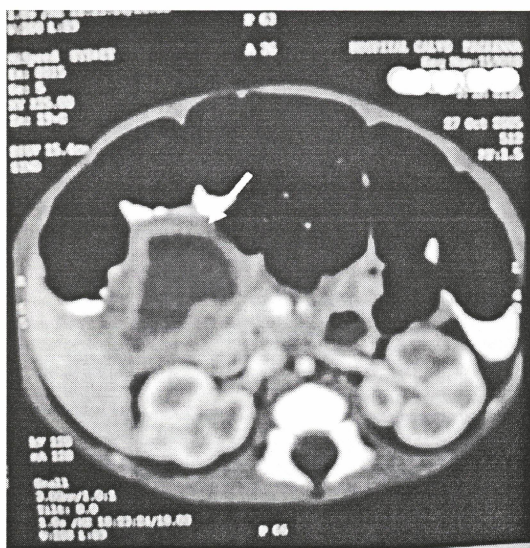


Figura 3. TAC de abdomen. Se observa lesión quística con pared engrosada y contenido amorfo en su interior.

Discusión

Las duplicaciones digestivas son malformaciones congénitas infrecuentes, que se manifiestan generalmente a lo largo de los primeros años de vida. La duplicación, habitualmente quística, está constituida por una pared de músculo liso y revestimiento mucoso de tipo gastrointestinal².

Las duplicaciones digestivas en general corresponden al 15% de las masas abdominales en pediatría¹. La forma más frecuente es quística (94%). La localización puede ser a lo largo de todo el tubo digestivo siendo más frecuentes en el yeyuno-íleon (50%) y el colon (18%)^{1,3}.

La duplicación gástrica y duodenal representan menos del 7% del total de duplicaciones digestivas² ubicándose más frecuentemente en la región antropilórica¹.

La malformación contiene líquido mucinoso

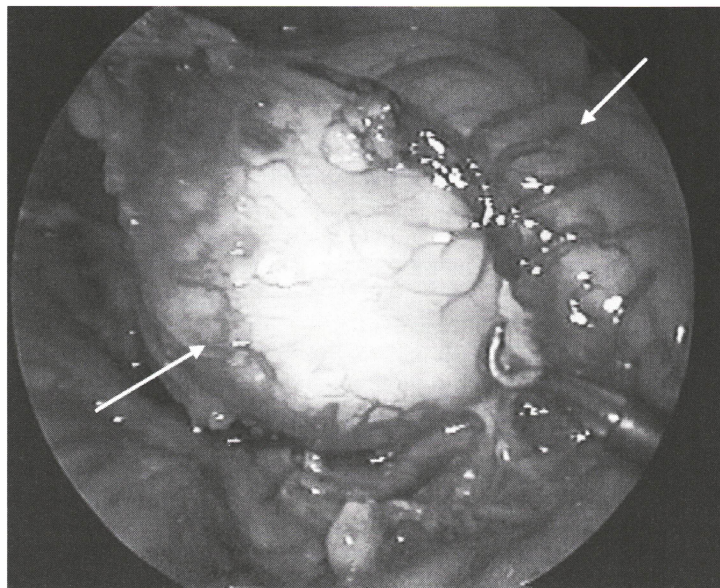


Figura 4. Visión Laparoscópica. Se observa duplicación adyacente al estómago en región antro-pilórica.

en su interior y la longitudes descritas en la literatura varían un rango de 1 a 25 cm^{1,5}.

Clínicamente las duplicaciones digestivas pueden ser asintomáticas y constituir un hallazgo.

En los pacientes sintomáticos, como en los dos casos presentados en la serie, es frecuente el antecedente de dolor abdominal y masa palpable^{2,3,6}.

En el primer caso presentado la malformación constituyó un hallazgo dentro del estudio de la neurofibromatosis. En el segundo paciente la sintomatología fue precoz, hecho que es poco frecuente⁷, presentando vómitos, dolor abdominal y masa palpable, síntomas que fueron secundarios a una complicación por infección del quiste^{5,6}.

Con respecto al tratamiento quirúrgico la técnica debe contemplar una extirpación total de la masa⁴. En los pacientes de la presente serie el abordaje quirúrgico seleccionado fue la cirugía laparoscópica; en ambos el postoperatorio fue satisfactorio; el alta precoz y con un seguimiento a la fecha de 3 años y 2 meses respectivamente.

REFERENCIAS

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, Boukhair AV, Cuervo JL, Iglesias J: Duplicaciones del tubo digestivo. A propósito de un caso clínico. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 1997; 2: 63-6.

3.- Moya A, Orbis JF, Alberola C, et al: Duplicación gástrica en el adulto. Caso clínico. Cir Esp 2000; 68: 498-500.

4.- Machado MA C MD, Santos V R MD, Martino RB MD; Makdissi F MD, Canedo L MD, Bacchella T MD, Machado MC C MD, FACS: Laparoscopic Resection of Gastric Duplication: Successful Treatment of a Rare Entity. Surg Lap Endosc Percut Tec 2003; 13: 268-70.

5.- Garfía A, Salguero M, Martínez M, Pimentel JC: La causa y la manera de la muerte indeterminada: a propósito de un caso de muerte súbita en adolescente, portador de una tumoración quística intestinal, descubierta durante la autopsia. Cuad med forense n.28 Sevilla 2002.

6.- D'Journo XB, Moutardier V, Turrini O, et al: Gastric duplication in an adult mimicking mucinous cystadenoma of the pancreas. J Clin Pathol 2004; 57: 1215-8.

7.- Singh Sompal, Gupta Ruchika, Mandal AK: Department of Pathology, Maulana Azad Medical College, New Delhi 110 002. Complete gastric duplication cyst. Indian J Gastroenterol 2005; 24: 170-1.