

Resección laparoscópica de duplicación gástrica en un adulto

Paulina Martínez Berlanga,* Manuel Preben Aguirre García,** Javier Alberto Kuri Osorio,** Jorge González Acosta***

RESUMEN

Las duplicaciones del tracto gastrointestinal son malformaciones congénitas poco frecuentes. La duplicación gástrica representa de 2 a 7%. Tiene su origen durante el desarrollo embrionario. Hasta el 85% se manifiestan durante los primeros dos años de vida. El diagnóstico en el adulto es generalmente incidental al realizar estudios de imagen como ultrasonido y tomografía. Se presenta en su mayoría como una lesión quística única adherida a la curvatura mayor del estómago, en el borde mesentérico, compartiendo pared pero sin comunicación. Tiene mucosa gástrica y pared muscular; ocasionalmente, tiene epitelio respiratorio y tejido pancreático ectópico. El tratamiento quirúrgico es el de elección para evitar complicaciones; puede ser por abordaje laparoscópico. Se presenta un caso de duplicación gástrica inusual en un adulto, localizada en la unión esofagogastrica. Fue extirpada quirúrgicamente en su totalidad, por abordaje laparoscópico.

Palabras clave: Duplicación, quiste, gástrica.

Nivel de evidencia: IV

INTRODUCCIÓN

Las duplicaciones gastrointestinales son malformaciones congénitas raras que se presentan en diferentes partes del tracto gastrointestinal, con

Laparoscopic resection of a gastric duplication cyst in an adult

ABSTRACT

Alimentary tract duplications are rare congenital malformations. Gastric duplications account for 2 to 7% of all gastrointestinal duplications. Eighty-five percent of them manifest within the first two years of life. Adult diagnosis are incidental findings at abdominal ultrasound or computer tomography. Typically, they are non-communicating spherical cystic tumors, along the greater curvature of the stomach, adjacent to the gastric wall. The cyst is lined by gastric mucosa and a smooth muscle coat, often accompanied by patches of respiratory epithelium and ectopic pancreatic tissue. Complete removal is the treatment of choice to avoid the risk of possible complications. Laparoscopic surgery should be considered. This is an unusual case of gastroesophageal junction duplication in an adult, that was completely removed by laparoscopy.

Key words: Duplication, cyst, gastric.

Level of evidence: IV

diferentes tamaños y diversos síntomas.¹ Las duplicaciones gástricas representan del 4 al 7% de estas malformaciones, siendo más frecuentes de forma quística, localizadas en su mayoría en la curvatura mayor.²⁻⁴ El diagnóstico en adultos es raro. Se presenta el caso de un adulto con duplicación gástrica quística en la unión esofagogastrica, diagnosticada por tomografía axial computarizada y extirpada por laparoscopia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trató de una mujer de 40 años de edad con antecedente de traumatismo craneoencefálico severo, hidrocefalia persistente que requirió de la colocación de una válvula de derivación ventrículo-peritoneal. Durante la cirugía de recambio de válvula, se identificó ascitis y tumor gástrico, motivo por el cual se inició su estudio.

* Médica General.

** Cirujano General, Laparoscopia Avanzada.

*** Cirugía Bariátrica.

Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 01/06/2016. Aceptado: 20/01/2017.

Correspondencia: Paulina Martínez Berlanga

Av. Carlos Graef Fernández Núm. 154, Consultorio 406,
Col. Tlaxala, Cuajimalpa, 05300, Ciudad de México, México.
Tel. 1664 7290. Cel. (044) 55 1664 7290
E-mail: pmtzb@aol.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/analesmedicos>

Se realizó una endoscopia, en donde se encontró una lesión submucosa de tres centímetros de diámetro en el fondo de la cámara gástrica; la mucosa gástrica se observó de características normales (*Figura 1*).

Se llevó a cabo una tomografía axial computarizada, que reportó una imagen quística, de forma ovoide, de 30 milímetros de diámetro, adyacente a la unión esofagogástrica, sin mostrar cambios tras la administración de contraste oral y endovenoso (*Figura 2*).

Fue intervenida quirúrgicamente por laparoscopia; se practicó una escisión completa del quiste gástrico mediante la disección del ángulo de His, con engrapadora endoscópica de 60 milímetros, cartucho azul, dejando bordes libres de tres centímetros. Se corroboró el cierre hermético con prueba hidroneumática, con apoyo endoscópico (*Figura 3*).

El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica reportó un tumor quístico gástrico de 4 x 1.5 x 0.5 centímetros, con material de aspecto mucoide. Los cortes mostraron pared muscular lisa, revestida de manera discontinua por epitelio foveolar y enteral, con células neuroendocrinas. Existían extensas áreas de ulceración y zonas de metaplasia epidermoide. Presentaba placas de cartílago hialino. Fue negativo para neoplasia. La inmunohistoquímica fue positiva para CKAE1-3, CDX2, S100 y cromogranina-A; negativa para GCDFP-15. Se concluyó duplicación gástrica quística.

La evolución postquirúrgica de la paciente fue buena; egresó a las 48 horas de la cirugía. Actualmente se encuentra asintomática, sin complicaciones de la enfermedad ni de la cirugía.

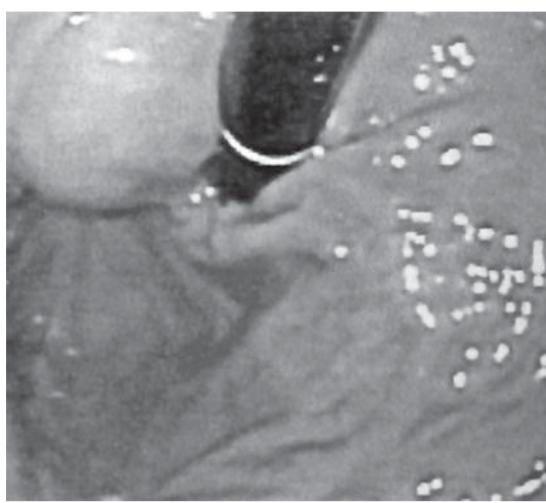


Figura 1. Lesión submucosa de tres centímetros de diámetro en el fondo gástrico.

DISCUSIÓN

Historia

En 1733, Calder describió por primera vez la duplicación intestinal, utilizando los términos «quist enterogénico», «íleon doble», «divertículo gigante» y «divertículo de Meckel». En 1844, Fitz sugirió que la duplicación intestinal era debida a la persistencia del conducto onfalomesentérico.¹ En 1937, Ladd acuñó el término «duplicación del tracto alimenticio»; Gross definió en 1733 las manifestaciones clínicas y patológicas de la lesión,³ que consistía en un grupo de malformaciones congénitas con tres característi-

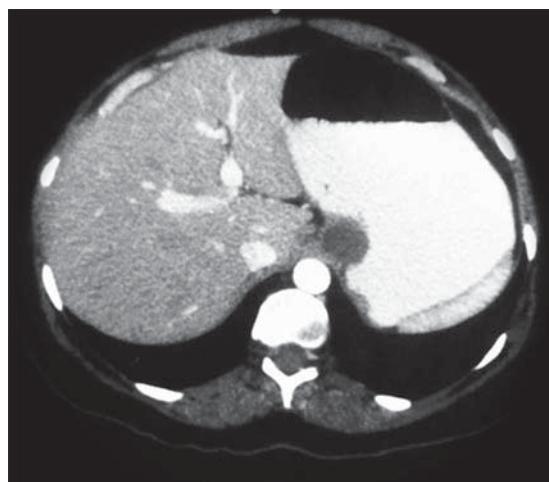


Figura 2. Tomografía axial computarizada. Lesión quística de 30 mm de diámetro, localizada en la unión esofagogastrica.

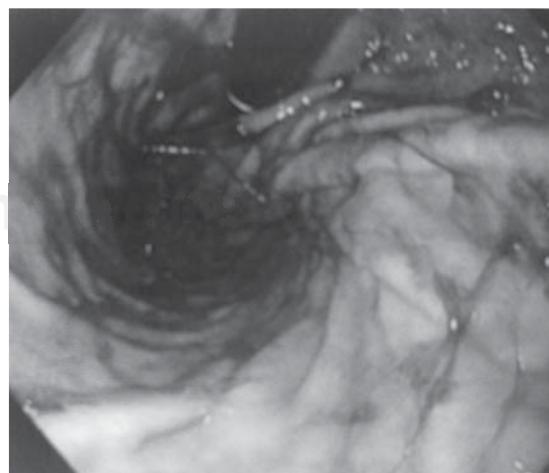


Figura 3. Endoscopia transoperatoria.

ca fundamentales: la presencia de una capa externa de músculo liso, revestimiento con epitelio gastrointestinal y la duplicación de alguna porción del tracto gastrointestinal, al cual permanece adherida.¹

Epidemiología

Las duplicaciones gastrointestinales se presentan en una de cada 4,500 autopsias de fetos y neonatos, predominando en masculinos de raza blanca. La duplicación gástrica se reporta en 17 casos por cada millón de nacimientos; representa 2-7% de las duplicaciones gastrointestinales. El 50% se asocian a otras malformaciones, principalmente de vértebras.⁶ El sitio en donde ocurre con mayor frecuencia es el intestino delgado, predominando yeyuno-ileon.^{1,2,5,7,8}

Etiología

La etiología de las duplicaciones del tracto alimenticio es incierta. Existen varias teorías; dentro de ellas destaca la de McLetchie: una anormalidad en la división del notocordio, por lo que permanece una adhesión endodérmica-ectodérmica, lo que resulta en la persistencia de un tracto endomesenquimatoso entre el saco vitelino y el amnios, presentando también anormalidades vertebrales. Otra teoría apoya la persistencia de divertículos embrionarios durante el desarrollo del aparato digestivo. Bremer propuso que se debe a errores de recanalización y fusión de los pliegues longitudinales; finalmente, factores intrauterinos como el trauma o la hipoxia pueden causar duplicaciones a cualquier nivel del aparato gastrointestinal. Ninguna de estas teorías satisface a todos los tipos de duplicaciones.^{1-4,6}

Cuadro clínico

Las manifestaciones de la duplicación gástrica se presentan antes del año de edad en el 65 a 67% de los casos, y 85% antes de los dos años de edad,^{2,3,5} con vómito persistente, intolerancia a los alimentos, pobre ganancia de peso y una masa palpable durante la exploración física. En ocasiones debuta con melena o hematemesis.⁶

Los adultos pueden presentar otros síntomas dependiendo del tamaño, localización y presencia de la mucosa gástrica, con síntomas como epigastralgia, vómito, plenitud gástrica, pérdida de peso, anemia, disfagia, dispepsia y sangrado del tubo digestivo alto, aunque pueden ser asintomáticos y diagnosticarse de forma incidental.^{1,9}

Las duplicaciones gástricas pueden causar una serie de complicaciones, como son torsión, hemorragia, pancreatitis y formación de fistulas.¹⁰

Las duplicaciones quísticas tienen un alto potencial de transformación maligna; adenocarcinomas, carcinomas neuroendocrinos y adenomiomas pueden tener su origen en el quiste gástrico.^{2,3,6-8,11-13}

Diagnóstico

Las radiografías de abdomen y la serie gastroduodenal pueden mostrar la presencia de un tumor paragástrico que desplaza al estómago y/o intestino. El ultrasonido abdominal y la tomografía axial computarizada son de utilidad para el diagnóstico.^{1,6}

La tomografía contrastada muestra una lesión quística de paredes gruesas con calcificaciones ocasionales, que puede confundirse con tumores quísticos mucinosos del páncreas. La resonancia magnética puede dar información adicional acerca del contenido del quiste. El ultrasonido endoscópico puede ayudar a distinguir lesiones intra- o extramurales del estómago. Generalmente, se describe un tumor quístico hipoecoico, con un recubrimiento de mucosa y un anillo muscular.³

El aspirado con aguja fina guiado por ultrasonido endoscópico no es de utilidad, ya que la citología se asemeja a la de un quiste mucinoso de páncreas. Existen duplicaciones quísticas gástricas que se acompañan con elevación del antígeno carcinoembrionario y el Ca 19-9, lo que confunde más el diagnóstico con el tumor pancreático.^{2,8} Sin embargo, puede excluir la malignidad.¹⁴

Los estudios de imagen ayudan al diagnóstico preoperatorio, pero este se confirma con la cirugía.¹²

El diagnóstico diferencial es con quistes de la vía biliar, pseudoquiste pancreático, tumor mucinoso del páncreas, linfangiomas mesentéricos, tumor del estroma gastrointestinal, tumores adrenales^{4,8,10,13} y otros tipos de duplicación intestinal.

Histopatología

Las duplicaciones gástricas son generalmente únicas; pueden ser tubulares o quísticas; estas últimas son las más frecuentes, en más del 80%. Se localizan principalmente en la curvatura mayor, en la región antropilórica, en el borde mesentérico del estómago, sin comunicación con el lumen del mismo, pero compartiendo la misma pared. Están tapizadas por epitelio gástrico,⁵ aunque algunas presentan epitelio de otra parte del tracto gastrointestinal; incluso, pue-

den tener epitelio respiratorio (pseudoestratificado columnar ciliado), lo que confirma su origen embrionario.^{4,10} En el 10% de los casos muestran también páncreas ectópico, por lo que se podrían confundir con un pseudoquiste pancreático.^{2,3}

Tratamiento

En general, las duplicaciones gástricas se tratan quirúrgicamente mediante la escisión del quiste. Si esta no es posible por la proximidad con el tracto biliar o los conductos pancreáticos, se puede realizar un procedimiento para el drenaje del quiste con marsupialización, lo que tiene el inconveniente de exponer la mucosa del quiste al jugo gástrico, con riesgo de ulceración.² En la mayoría de los casos, los quistes gástricos se pueden extirpar sin necesidad de entrar al estómago, resecando la pared que comparten el estómago y la duplicación.

Se ha reportado éxito en la resección laparoscópica del quiste.^{1,6} El abordaje laparoscópico se considera menos invasivo y más estético, por lo que podría considerarse el abordaje de elección, siempre y cuando el tamaño y localización del quiste lo permitan.^{11,15,16}

Una de las complicaciones más importantes de la resección de la duplicación gástrica es la pancreatitis, por la cercanía del árbol pancreaticobiliar. Sangrados recurrentes, úlcera péptica, perforación, peritonitis y carcinomatosis peritoneal pueden presentarse si la escisión de la duplicación fue parcial y esta presentaba mucosa gástrica ectópica.¹³

CONCLUSIONES

Las duplicaciones gástricas son raras, principalmente en adultos; sin embargo, por su semejanza con otros tumores submucosos del tracto gastrointestinal, así como pancreáticos, y la probabilidad de malignización, deben tomarse en cuenta en el diagnóstico de tumores abdominales. El tratamiento siempre es quirúrgico, y puede elegirse el abordaje laparoscópico. El estudio histopatológico nos da el diagnóstico definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medina-Franco H, Ramírez-Luna MA, Cabrera-Mendoza F, Almaguer-Rosales SG, Guillén-Pérez F. Duplicación gástrica en adultos; informe de un caso y revisión de la bibliografía. Rev Gastroenterol Mex. 2011; 76 (3): 260-263.
2. Singh JP, Rajdeo H, Bhuta K, Savino JA. Gastric duplication cyst: two case reports and review of the literature. Case Rep Surg. 2013; 2013: 605059. doi: 10.1155/2013/605059.
3. Hassan RA, Haouimi A, Humaida TI, Ouslimane D. Gastric duplication cyst. Ann Saudi Med. 2004; 24 (4): 296-298.
4. Falleti J, Vigliari E, Zeppa P, Schettino P, Napolitano V, D'Armiento M. Gastric duplication cyst: a rare congenital disease often misdiagnosed in adults. Case Rep Gastrointest Med. 2013; 2013: 850967.
5. Stock F, Cammarata-Scalisi F, Petrosino P, Arenas de Sotolongo A, Milano M, Farias M. Duplicación gástrica. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Acta Gastroenterol Latinoam. 2010; 40 (3): 258-263.
6. O'Donnell PL, Morrow JB, Fitzgerald TL. Adult gastric duplication cysts: a case report and review of literature. Am Surg. 2005; 71 (6): 522-525.
7. Deesomsak M, Aswakul P, Junyangdikul P, Prachayakul V. Rare adult gastric duplication cyst mimicking a gastrointestinal stromal tumor. World J Gastroenterol. 2013; 19 (45): 8445-8448.
8. D'Journo XB, Moutardier V, Turrini O, Guiramand J, Lelong B, Pesenti C et al. Gastric duplication in an adult mimicking mucinous cystadenoma of the pancreas. J Clin Pathol. 2004; 57 (11): 1215-1218.
9. Scatizzi M, Calistri M, Feroci F, Girardi LR, Moraldi L, Rubio CA et al. Gastric duplication cyst in an adult: case report. In Vivo. 2005; 19 (6): 975-978.
10. Jiang W, Zhang B, Fu YB, Wang JW, Gao SL, Zhang SZ et al. Gastric duplication cyst lined by pseudostratified columnar ciliated epithelium: a case report and literature review. J Zhejiang Univ Sci B. 2011; 12 (1): 28-31.
11. 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 Laparosc Endosc Percutan Tech. 2003; 13 (4): 268-270.
12. Perek A, Perek S, Kapan M, Göksoy E. Gastric duplication cyst. Dig Surg. 2000; 17 (6): 634-636.
13. Liu K, Lin X, Wu J, Liu H, Meng M, Su H et al. Peritoneal metastatic adenocarcinoma possibly due to a gastric duplication cyst: a case report and literature review. BMC Gastroenterol. 2014; 14: 48.
14. Hlouschek V, Domagk D, Naehrig J, Siewert JR, Domschke W. Gastric duplication cyst: a rare endosonographic finding in an adult. Scand J Gastroenterol. 2005; 40 (9): 1129-1131.
15. Tayar C, Brunetti F, Tantawi B, Fagniez PL. Laparoscopic treatment of an adult gastric duplication cyst. Ann Chir. 2003; 128 (2): 105-108.
16. Sasaki T, Shimura H, Ryu S, Matsuo K, Ikeda S. Laparoscopic treatment of a gastric duplication cyst: report of a case. Int Surg. 2003; 88 (2): 68-71.