



## Duplicación gástrica

Gaspar Alberto Motta Ramírez\*

Paciente femenina de 15 años a quien se le realiza estudio de serie esofagogastrroduodenal por llenura postprandial y dolor abdominal crónico recurrente.

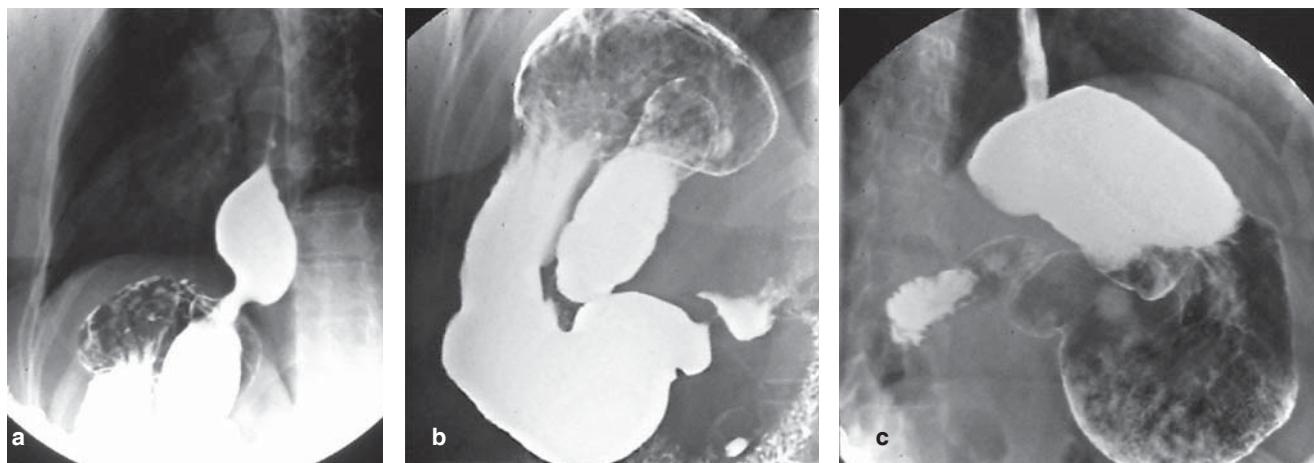
En el caso que presentamos, en la selección de imágenes (*Figuras 1 a-c*), se identifica duplicación gástrica, misma que se opacifica posterior a la ingesta del contraste oral, al igual que el estómago. Su localización es sobre la curvatura menor y se acompaña de divertículo duodenal sobre la segunda porción duodenal.

### DUPLICACIÓN GÁSTRICA

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 gastrointestinal. Las duplicaciones del tracto gastrointestinal en general corresponden al 15% de las masas abdominales en pediatría. 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%).<sup>1</sup>

La duplicación gástrica (DG) constituye aproximadamente el 7% de todas las duplicaciones del tubo digestivo. Varía desde la muy rara duplicación de todo el estómago a la presencia de pequeños quistes intramurales por debajo de la muscular externa de la pared gástrica. La malformación contiene líquido mucinoso en su interior y, la mayoría de



**Figura 1.**

\* Médico Radiólogo, adscrito a la subsección de Tomografía Computada del Departamento de Radiación Ionizante del Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional.

Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez

Correo electrónico: radbody2013@yahoo.com.mx

Aceptado: 15-04-2014.

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

las veces, son quistes cerrados, ovoides o esféricos, que no se encuentran comunicados con el estómago; el lugar de localización más frecuente es la curvatura mayor. Las longitudes descritas en la literatura varían en un rango de 1 a 25 cm; suelen ser menores de 12 cm de diámetro mayor, aunque aproximadamente el 25% son de mayor tamaño.<sup>2</sup>

Histológicamente, la pared del quiste se continúa con la pared gástrica y su capa muscular se fusiona con las fibras musculares de la misma. La cobertura mucosa suele ser gástrica, pero también se puede encontrar epitelio respiratorio seudoestratificado y pancreático.<sup>2</sup>

La 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. La mayoría se localiza en la región antropilórica, en el borde mesentérico, y no tiene comunicación de su lumen con el estómago. Clínicamente, las duplicaciones digestivas pueden ser asintomáticas y constituir un hallazgo.<sup>2</sup>

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. Entre los diagnósticos diferenciales se pueden mencionar, principalmente, los quistes de la vía biliar, linfangiomas mesentéricos y otras duplicaciones intestinales.<sup>3,4</sup>

La DG es una entidad que requiere tratamiento quirúrgico, ya sea por vía abierta o laparoscópica, siendo esta última una técnica recomendable y segura en la actualidad.<sup>2,3</sup>

## REFERENCIAS

1. Macpherson RI. Gastrointestinal tract duplications: clinical, pathologic, etiologic and considerations. *Radiographics*. 1993; 13: 1063-1080.
2. Berrocal T, Hidalgo P, Gutiérrez J, de Pablo L, Rodríguez-Lemos R. Imagen radiológica de las duplicaciones del tubo digestivo. *Radiología*. 2004; 46 (5): 282-292.
3. San Román JL, Curros MF, Dovasio F, Sturla M. Duplicación gástrica. *Arch Argent Pediatr*. 2003; 101 (1): 3-8.
4. Donoso CC, Varela BP, López RA, Godoy LJ. Duplicación gástrica. *Rev Chil Pediatr*. 2006; 77 (1): 52-55.