



Salud en Tabasco

ISSN: 1405-2091

revista@saludtab.gob.mx

Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

México

Álvarez-Solís, Rubén M.; Chagolla-Santillan, Francisco J.; Quero-Hernández, Armando; Leonardo-Puerta, Juan de Dios; Bulnes-Mendizábal, David; Santamaría-Muñoz, Rodrigo  
Duplicación gástrica asociada a quiste pancreático congénito. Descripción de un caso  
Salud en Tabasco, vol. 13, núm. 2, mayo-agosto, 2007, pp. 663-667  
Secretaría de Salud del Estado de Tabasco  
Villahermosa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48713207>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Duplicación gástrica asociada a quiste pancreático congénito. Descripción de un caso

Rubén M. Álvarez-Solís,<sup>(1)</sup> Francisco J. Chagolla-Santillan,<sup>(1)</sup> Armando Quero-Hernández,<sup>(2)</sup> Juan de Dios Leonardo-Puerta,<sup>(2)</sup> David Bulnes-Mendizábal,<sup>(3)</sup> Rodrigo Santamaría-Muñoz<sup>(4)</sup>

*rubensol@hotmail.com*

### RESUMEN

Las malformaciones congénitas de tubo digestivo como son la duplicación y el quiste congénito del páncreas son poco frecuentes. Presentamos el caso clínico de un paciente de 2 años que presentó vómitos y desnutrición crónica cuyo diagnóstico después de estudios de gabinete y laparotomía exploradora fue de duplicación gástrica asociada a quiste congénito de páncreas.

**Palabras claves:** *duplicación gástrica, quiste congénito de páncreas, quistes abdominales congénitos.*

### SUMMARY

The congenital malformations of Gastrointestinal tract as duplication and pancreatic congenital cyst is a very uncommon association. We are showing the clinical and surgical features of the a isolated case from gastrical duplication associated with pancreatic congenital cyst in a male of two years old.

**Keywords:** *gastrical duplication, pancreatic congenital cyst, congenital abdominal cyst.*

### INTRODUCCION

La duplicación gástrica es una anomalía congénita poco frecuente, con una incidencia de 0.2% en niños.<sup>1</sup> Las duplicaciones del tracto digestivo pueden ocurrir en cualquier parte del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano, siendo más frecuentes en el ileon terminal en contraste con las del estómago que son poco frecuentes. Las

duplicaciones gástricas representan el 7% del total de ellas.<sup>2</sup>

Varias teorías, intentan explicar la formación de las duplicaciones intestinales dentro de las que destacan: la recanalización aberrante de la luz intraluminal, la teoría diverticular y la teoría de la notocorda hendida.<sup>3</sup>

Los quistes pancreáticos congénitos también son poco frecuentes. El 90% se presentan como pseudoquistes sin revestimiento epitelial y 10% son quistes verdaderos, con epitelio. Respecto a los quistes pancreáticos verdaderos, se clasifican en tres tipos: quistes congénitos, quistes de retención y quistes de duplicación intestinal.<sup>4,5</sup> Sin embargo, estos quistes son raramente diagnosticados prenatalmente, es decir, in útero, con solamente cuatro casos reportados.<sup>6,7</sup>

La duplicación gástrica yuxtapancreática es extremadamente rara, con solo 13 casos publicados en la literatura.<sup>5</sup> El diagnóstico prenatal por ecografía de estas patologías está descrito que disminuye la morbilidad y mortalidad asociada.<sup>7</sup>

Se presenta el caso de un paciente de 2 años de edad con pseudoquiste congénito del páncreas asociado con duplicación gástrica, del cual no fue posible hacer el diagnóstico antes de la cirugía. El diagnóstico fue determinado después de realizarle laparotomía exploradora y examen histopatológico.

Es de nuestro conocimiento que solo un caso se ha reportado en la literatura mundial, como pseudoquiste asociado con duplicación gástrica;<sup>8</sup> siendo el motivo de esta publicación, la presentación de un segundo caso en la literatura.

<sup>(1)</sup> Adscrito al Servicio de Pediatría del Hospital General de Zona del IMSS No. 46, Villahermosa, Tabasco. División de Cirugía Pediátrica. Hospital del Niño «Dr. Rodolfo Nieto Padrón».

<sup>(2)</sup> Servicio de Oncología. Hospital Pediátrico. Secretaría de Salud. Oaxaca, Oaxaca.

<sup>(3)</sup> Jefe de Servicio de Patología. Hospital del Niño «Dr. Rodolfo Nieto Padrón».

<sup>(4)</sup> Departamento de Neonatología. Hospital del Niño «Dr. Rodolfo Nieto Padrón»

## CASO CLÍNICO

### PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 2 años de edad, con manifestaciones frecuentes de dolor abdominal, tipo cólico, esporádico y de repetición, acompañado de hiporexia y vómitos alimentarios. Además, distensión abdominal y evacuaciones líquidas acompañadas de elevaciones térmicas, y lo más significativo como resultado de su sintomatología, refleja inadecuado incremento ponderal, de 7 meses de evolución. Se descarta antecedente de trauma abdominal en interrogatorio directo. Fue tratado con cloranfenicol por reacciones febriles positivas, sin obtener mejoría. Exploración física: Delgado con palidez de tegumentos (+++), abdomen blando, levemente distendido, no se palpan masas, peristaltismo normal. Además presenta hipotrofia muscular de extremidades.

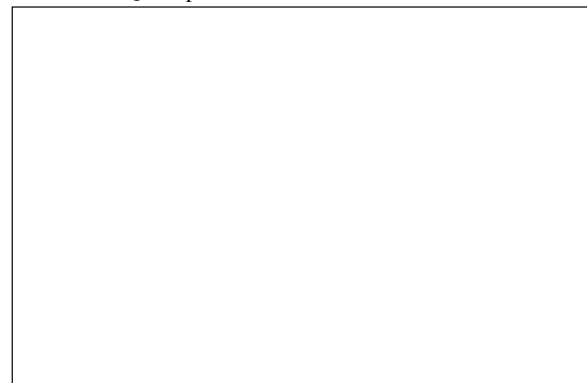
Se ingresó con sospecha de salmonelosis, giardiasis y enfermedad de la colágena. Se realizaron como complemento diagnóstico radiografía simple de abdomen y ultrasonido (USG) abdominal, reportando masa quística lobulada detrás de la cámara gástrica. Tomografía Axial Computarizada (TAC) de Abdomen (Fig. 1) donde se observó una masa con septos de contenido líquido. En la intervención quirúrgica se encontraron 3 masas quísticas por detrás de la curvatura mayor del estomago y detrás del mesocolon transverso. La primera masa fue resecada completamente y correspondió a una duplicación gástrica (Fig. 2). El segundo quiste (Fig. 3) se resecó parcialmente por estar unido a un tercer quiste cuya cavidad se localizaba dentro de la cabeza del páncreas, corroborada mediante una cistografía transoperatoria (Fig. 4).

**FIGURA 1.** TAC de abdomen, con tres imágenes confluentes, quísticas, redondeadas e hipodensas de pared gruesa.

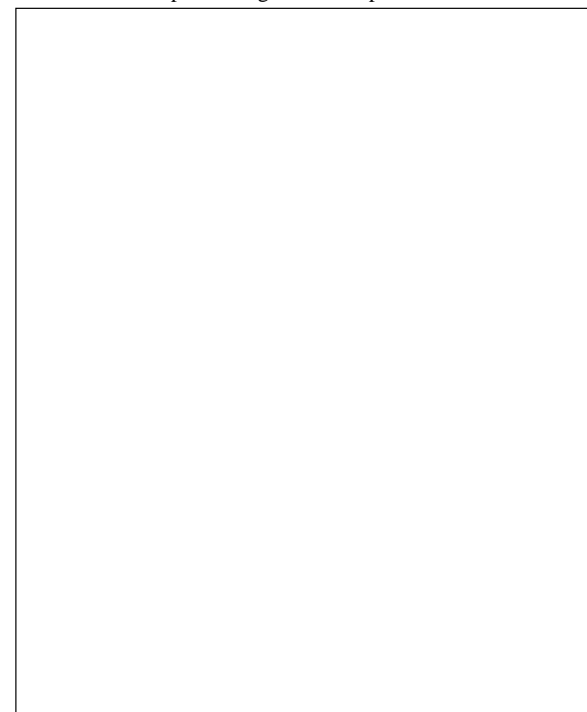
**FIGURA 2.** Duplicación gástrica.



**FIGURA 3.** Quiste pancreático.

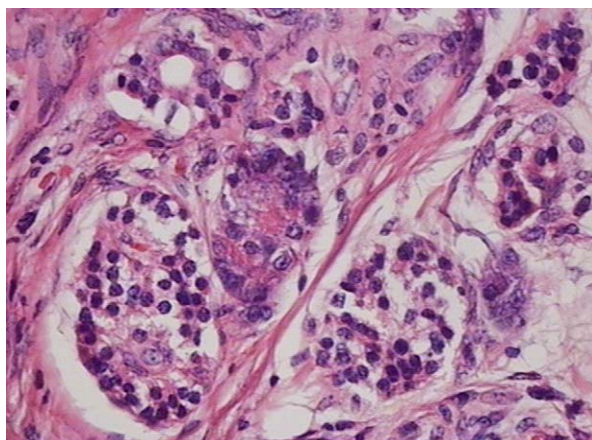


**FIGURA 4.** Cistopancreatografía transoperatoria.



Para terminar el procedimiento se realizó cistoyunoanastomosis en Y de Roux. El diagnóstico por histopatología (Fig. 5) fue duplicación gástrica asociado a quiste pancreático congénito. La evolución clínica postoperatoria fue satisfactoria y sin complicaciones, se dio de alta a los 7 días de la intervención con alimentación normal. Controles ultrasonográficos posteriores se reportaron con ausencia de recidiva. La evolución a un año de la cirugía fue satisfactoria.

**FIGURA 5.** La duplicación gástrica tiene recubrimiento epitelial típico de mucosa gástrica con epitelio cilíndrico muco-productor con foveolas (la superficie gris) y por debajo glándulas tubulares de tejido fúndico, una capa de músculo liso (muscular de la mucosa) una capa de tejido conjuntivo laxo (submucosa) y una muy gruesa de músculo liso en haces gruesos (lo mas rojo) con una serosa.



## DISCUSIÓN

Las duplicaciones intestinales, que están localizadas adyacentes a la pared del tracto gastrointestinal están cubiertas de músculo liso en sus paredes y tienen una delgada capa lineal de mucosa.<sup>9</sup> En ocasiones la mucosa puede estar de forma ectópica como mucosa gástrica o pancreática.<sup>10</sup>

La duplicación gástrica, es una patología congénita rara, pero puede presentarse en el periodo neonatal y la niñez y excepcionalmente durante la edad adulta.<sup>1,2,9</sup>

Las duplicaciones que no están comunicadas con la pared normal del estómago, son el resultado de falta de separación temprana de la notocorda y del endodermo durante el desarrollo embrionario como describe McLetchie y cols.<sup>11</sup>

El sitio más frecuente reportado de la duplicación gástrica

es detrás de la curvatura mayor del estómago, al respecto, se reporta que la mayoría de la duplicaciones gástricas no tienen comunicación, al igual que lo encontrado en nuestro paciente y se puede apreciar en la figura no. 2, presentan formas esféricas o con forma de quistes ovoides y el sitio más común de localización es la curvatura mayor.<sup>2</sup> La mucosa encontrada mediante el estudio histopatológico es usualmente gástrica al igual que nuestro estudio, pero puede encontrarse tejido ectópico como epitelio respiratorio o tejido pancreático.<sup>9,10</sup>

Los quistes de páncreas representan el 15% del total de las masas pancreáticas. Son extremadamente raros en la etapa neonatal y en la niñez y son el resultado de una anomalía del desarrollo en el sistema ductal pancreático.<sup>12</sup> Existe predominancia del sexo femenino y tienen un epitelio normal cuboideo, que lo diferencia del Pseudoquiste traumático o postinflamatorio.<sup>13,14</sup>

Los quistes de duplicación gástrica son muy raros, y existen pocos casos publicados.<sup>2,5,8</sup> El hallazgo de una masa quística en la cavidad abdominal hace pensar en quiste de mesenterio o epiplón y pocas veces en duplicación entérica, y mucho menos en pseudoquiste pancreático como primera posibilidad.<sup>9,15</sup> Esta asociación, sin embargo, no está exenta de riesgos y presenta la posibilidad de crecimiento y compresión de estructuras, alterando la función de órganos vecinos, pudiendo provocar dolor abdominal de repetición, pancreatitis, obstrucción de la vía biliar, infección, sangrado y perforación de la tumoración.<sup>5,16,17</sup>

Las duplicaciones gástricas reportadas en niños, se destacan por los síntomas, donde los vómitos y el dolor abdominal son las principales manifestaciones clínicas, aunque algunos pacientes suelen ser asintomáticos.<sup>5</sup> A pesar de que nuestro paciente curso con vómito y dolor abdominal recurrente, asociado con datos de desnutrición, el diagnóstico preoperatorio correcto de la duplicación enterica no se realizó. Esto es frecuente, a causa de que esta patología es muy rara y los síntomas generalmente van asociados al tamaño del quiste o duplicación y el sitio de origen. Cabe destacar que algunos autores han hecho énfasis en que las duplicaciones gástricas no tienen síntomas ni signos específicos y el diagnóstico usualmente se realiza en la laparotomía exploradora.<sup>3,15,16,17</sup>

A nuestro paciente se le realizó radiografía simple de abdomen, USG y TAC de abdomen, como apoyos diagnósticos y finalmente fue operado. Sin embargo, es conveniente recordar que el gamagrama con tecnecio 99 provee una evidencia definitiva de la duplicación cuando contiene mucosa gástrica. A pesar de esto el USG y la TAC nos pueden dar información con detalle de la pared del quiste, localización, estructuras internas y sus relaciones con

## CASO CLÍNICO

órganos vecinos.<sup>6,7,8,12,18</sup>

Es importante destacar que el diagnóstico diferencial de una masa quística incluye quiste de colédoco, quiste de hígado en cuadrante superior derecho, quiste esplénico en el cuadrante superior izquierdo, hidroureteronefrosis, quiste de origen renal, riñón displásico multiquístico en el abdomen medio posterior, duplicación gastrointestinal, quiste de mesenterio, pseudoquiste meconial, asa dilatada, quiste de uraco en el abdomen medio, quiste de anexos, hidrometrocolpos, teratoma sacrococcigeo y meningocele anterior en la pelvis.<sup>6,8,18</sup>

Se han reportado complicaciones como infecciones, colangitis, pancreatitis, ruptura y peritonitis, que no se presentaron en nuestro paciente.<sup>13</sup>

Durante la intervención quirúrgica se logró la escisión completa de la duplicación gástrica, sin embargo, el quiste pancreático, lobulado, solo se reseca parcialmente por estar localizado entre la cabeza y cuerpo del páncreas, siendo difícil la realización de la pancreatectomía subtotal por la inflamación y fibrosis adyacente.<sup>19</sup> Se realizó una cistopancreatografía durante el transoperatorio corroborándose el diagnóstico. Rollán<sup>15</sup> y otros autores<sup>19,20,21</sup> han enfatizado la idea de la resección completa del quiste cerrando la comunicación con el conducto pancreático, cuando se identifique, reservando las técnicas de drenaje interno para los quistes intrapancreáticos localizados en la cabeza del páncreas,<sup>19,20</sup> y las pancreatectomías distales, para los quistes localizados en el cuerpo o cola del páncreas y que no sea factible su escisión completa con cierre del conducto comunicante.<sup>19</sup>

Autores como Rudolph, Black, Steyaert<sup>1,5,17</sup> y otros, han reportado duplicación gástrica o pseudoquiste pancreático de una manera separada y solamente existe un caso donde se reportan asociados descrito por Parakh.<sup>8</sup> Finalmente cabe señalar que la mejor opción terapéutica en todos estos enfermos será la resección completa de la duplicación y el drenaje interno del pseudoquiste pancreático localizados en la cabeza del páncreas y las pancreatectomías distales, para los quistes localizados en el cuerpo o cola del páncreas y que no sea factible su escisión completa con cierre del conducto comunicante.

## CONCLUSIÓN

Lo interesante del caso clínico es la rara coincidencia de presentación de duplicación gástrica asociada a quiste pancreático congénito en un preescolar de 2 años, presentándose en la actualidad sin secuelas a un año de la

cirugía.

## REFERENCIAS

1. Rudolph J, Jakschik J, Hirner A, Knopfle G. Duplication of the stomach as a rare cause of cystic epigastric tumor. *Zentralbl Chir* 1998; 123:850-854.
2. Holder T, Feldman M. Duplication of the stomach: report of a case and review of the English literature. *Arch Surg* 1961; 82: 634-640.
3. Savant Demirbilek, Adil Öztürk, Hasan Ilyas Özardai, Gazy Aydin. A pyloroduodenal duplication cyst in a 17 month-old Chile. *Ann Med Sci* 2000; 9: 145-147.
4. Daher P, Diab I, Melki G, Abi-Aad G, Korkmaz G. Congenital cyst of the pancreas. Antenatal diagnosis. *Eur J Pediatr Surg* 1996;6:180-182.
5. Black PR, Welch KJ, Erakis AJ. Yuxtapancreatic intestinal duplications with pancreatic communication: a cause of pancreatitis and recurrent abdominal pain in childhood. *J Pediatr Surg* 1986;21:257-261.
6. Mahmut K, Ozgur A, Tamer K, Huseyin I. Prenatal diagnosis of giant congenital pancreatic cyst of a neonate. *American Journal of Radiology* 2000; 175:1408-1410.
7. Baker LL, Hartman GE, Northway WH. Sonographic detection of congenital pancreatic cysts in the newborn: report a case and review of the literature. *Pediatr Radiol* 1990; 20: 488-490.
8. Parakh P, Lalwani N, Udawat M. Pseudocyst of pancreas associated with gastric duplication. *Ind J Radiol Imag* 2002; 12(4):493-495.
9. MacPherson RI. Gastrointestinal tract duplication: clinical, pathologic, etiologic, and radiologic considerations. *Radiographics* 1993;13:1063-1080.
10. Hernanz F, Sandoval F, Fernández F, Cloux J, Juliani J, Madrigal V. Gastric duplication associated with heterotopic pancreas. *Cir Pediatr* 1992;5:178-181.
11. McLetchie NGB, Purves JK, Sanuders RL. Genesis of gastric and certain intestinal diverticula and enterogenous cysts. *Surg Gynecol Obstet* 1954; 99:135-141.
12. Baker LL, Hartman GE, Northway WH. Sonographic detection of congenital pancreatic cysts in the newborn: report a case and review of the literature. *Pediatr Radiol* 1990; 20: 488-490.
13. Vane WD. Lesions of the pancreas. In: Ashcraft WK, Holder MT, eds. *Pediatric surgery*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 1993. P. 525-534.
14. Caillot JL, Rongieras F, Voiglio E, Isaac S, Neidhardt JP. A new case of congenital cyst of the pancreas. *Hepatogastroenterology* 2000 Jul-Aug; 47 (34): 916-8.
15. Rollan VV, Ramirez S, Calderón AJ, Morató RP. Duplicación gástrica yuxtapancreática versus quiste congénito de páncreas. *Cir Pediatr* 2002; 15(2):84-86.

16. Chawla A, Gadaleta D, Kenigsberg K, Kahn E, Markowitz J. Erosion through the posterior gastric wall by a pancreatic pseudocyst secondary to gastric duplication. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1991;13:115-118.
17. Steyaert H, Voigt JJ, Brouet P, Vaysee P. Uncommon complication of gastric duplication in a three-year-old child. *Eur J Pediatr Surg* 1997;7:243-244.
18. Dahnert W. *Radiology review manual*. 3<sup>rd</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 591-593.
19. Siddiqui AM, Shamberger RC, Filler RM, Pérez-Atayde AR, Lilleh. Enteric duplications of pancreatic head: definitive management by local resection. *J Pediatr Surg* 1998; 1117-1120.
20. Auringer ST, Ulmer JL, Sumner TE, Turner CS. Congenital cyst of the páncreas. *J Pediatr Surg* 1993;28:1570-1571.
21. Kurrer MO, Ternberg JL, Langer JC. Congenital pancreatic pseudocyst : Report of two cases. *J Pediatr Surg* 1996; 31: 1581-1583.