

DUPLICACION QUISTICA DE INTESTINO DELGADO

Dres. María L. Ramos Pacheco¹, Carlos Fraire², Jessica Lopez-Marti³, Eduardo Otero¹

INTRODUCCION

Las imágenes juegan un papel de importancia en la evaluación de pacientes con anomalías congénitas del tubo digestivo.

Las duplicaciones gastrointestinales son una anomalía congénita rara en niños y se pueden presentar a lo largo de cualquier segmento.

En este artículo presentamos el caso de una paciente derivada a nuestro hospital por vómitos recurrentes de larga evolución para estudio y tratamiento.

CASO CLINICO

Paciente femenino de 6 años de edad que presenta vómitos recurrentes de 2 años de evolución. Relata su madre que los vómitos, postprandiales inmediatos, son precedidos por dolor cólico y náuseas con imperiosa necesidad de ingerir alimentos luego de estos episodios. Presentan una periodicidad de varias veces por semana (3-4) durante algunos meses, permaneciendo asintomática otros tanto. Además se queja de dolores abdominales leves sólo al realizar actividad física.

Al examen físico de ingreso la niña presentaba buen estado general, normohidratada, con abdo-

men blando, indoloro, depresible, encontrándose a la palpación una masa centro abdominal, móvil, de imprecisa caracterización. Exámenes de laboratorio sin anomalías.

En la ecografía de abdomen se identifica una formación tubular hipocogénica de pared fina y contenido líquido ecogénico, en hemiabdomen derecho, desde la región subhepática hasta la fosa ilíaca (Figura 1), observándose por debajo de esta estructura otras dos imágenes de menor tamaño y similares características; el resto del examen sin particularidades.

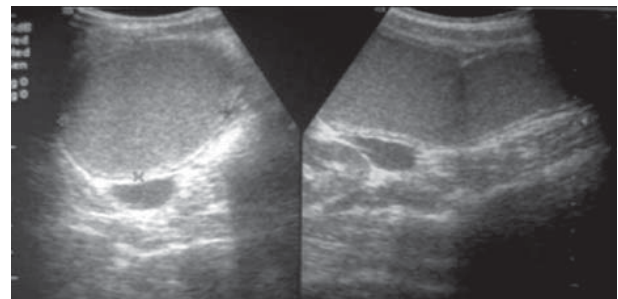


Figura 1: US abdominal. A) corte transversal, formación quística en flanco derecho con ecos en su interior, de pared fina con una capa interna ecogénica (mucosa) y otra externa hipocogénica (muscular). B) corte longitudinal, imagen tubular de similares características.

¹Area de Imágenes. Servicios de ²Cirugía General y ³Anatomía Patológica. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

La TC mostró una gran masa tubular hipodensa en hemiabdomen derecho, de densidad líquida, de paredes ligeramente engrosadas y otras dos formaciones de menor tamaño en contacto con esta de similares características estructurales. (Figura 2).



Figura 2: TC multislide abdominal corte coronal, gran formación tubular hipodensa quística abdomino- pelviana.

Se realiza laparoscopia exploradora evidenciándose dos quistes en el espacio parietocólico derecho, los cuales fueron resecados. Además se observó una duplicación de intestino delgado ileal de aproximadamente 50cm con meso propio, realizándose la conversión a laparotomía infraumbilical, por el tamaño de la malformación, resecándose la misma. (Figura 3).

Patología: el examen macroscópico mostró un segmento de intestino delgado de 32cm de longitud, con dilatación en 2/3de su extensión y un espesor parietal de 2cm. Acompañaba una formación quística unilocular de 3 cm de diámetro con contenido mucoso. La histología evidenció estructura intestinal con doble capa muscular lisa tapizada por mucosa de tipo ileal y en áreas por mucosa gástrica. El diagnóstico fue de duplicación intestinal. (Figura 4).

La paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio inmediato.

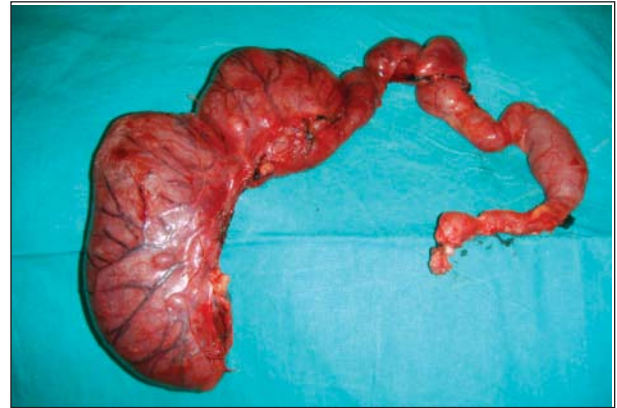


Figura 3: Pieza quirúrgica intraoperatoria con duplicación quística de ileon terminal.

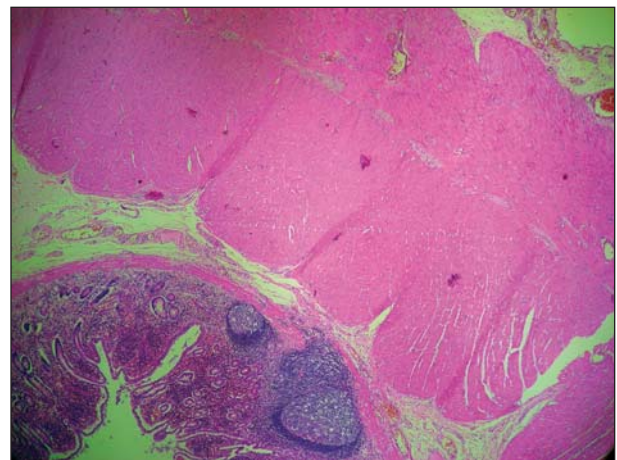


Figura 4: Duplicación intestinal con doble capa muscular lisa, plexo mientérico y mucosa de tipo ileal y gástrica. HyE, 10x magnificación original.

DISCUSION

Los quistes de duplicación son de etiología congénita.

Son raros y pueden presentarse en cualquier parte del tubo digestivo, siendo más frecuentes en íleon, seguidos por esófago, colon, yeyuno, estómago y duodeno respectivamente. Son estructuras de forma esférica o tubular, localizadas adyacentes al tubo digestivo, siendo su pared regular y hasta de 2cm de grosor¹⁻². Contienen tejido muscular liso en sus paredes y están revestidos por epitelio gastrointestinal, normalmente del mismo tipo que el órgano del cual se originan. El contenido quístico tiene una densidad agua pero la presencia de sangre, mucina o pus puede originar una apariencia heterogénea. Aproximadamente el 25% de las duplicaciones del intestino delgado contienen mucosa gástrica ectópica. La ulceración péptica de esta mucosa ectópica puede originar dolor abdominal y sangrado gastrointestinal³⁻⁴.

La mayoría de estas duplicaciones son no comunicantes y puede haber asociación con atre-

sia u obstrucción de intestino delgado en los primeros años de vida.

Los síntomas son debido a la oclusión parcial o completa que provoca la duplicación. La acumulación de secreciones dentro de la malformación provoca distensión, y según la extensión de la misma puede producir vólvulo⁵⁻⁶.

Ocasionalmente un quiste localizado en el ileon o cercano a la válvula ileocecal puede provocar una invaginación⁷. Un tercio de las duplicaciones son sintomáticas en el período neonatal y un 72% de los casos presentan síntomas clínicos antes de los 2 años.

La obstrucción intestinal neonatal, la invaginación, la masa palpable, el dolor abdominal agudo y la hemorragia son los síntomas más comunes de presentación, siendo estos dos últimos reflejo de la presencia de mucosa gástrica dentro de la lesión quística⁸.

Los estudios radiológicos con bario nos demuestran la presencia de una masa extrínseca, intraluminal o intramural, si bien no son ahora la primera indicación para el estudio⁹.

La ecografía nos permite observar una masa quística de contenido homogéneo o ecogénico, y establece el diagnóstico si observamos la capa interna de mucosa ecogénica y la capa externa o halo hipoecogénico que representa la muscular, permitiéndonos excluir otros diagnósticos de masas quísticas como quistes de mesenterio, colédoco, ovario, pseudoquistes de páncreas y abscesos que carecen de mucosa.

La TC puede ser usada cuando la ecografía no es concluyente, para demostrar la verdadera naturaleza, localización y extensión de la lesión como también la posibilidad de encontrar otra duplicación.

Cuando las duplicaciones contienen mucosa

gástrica ectópica podemos usar para su identificación el Tecnecio-99m, usado particularmente por sospecha de lesión en esófago, duodeno e intestino delgado¹⁰⁻¹¹.

CONCLUSION

Los quistes de duplicación son más frecuentes en el intestino delgado.

La ecografía es el método inicial de elección para el diagnóstico.

La TC puede ser usada cuando la ecografía no es concluyente.

Su tratamiento es quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Roderick I. Macpherson, MD Gastrointestinal Tract Duplications: Clinical, Pathologic, Etiologic, and Radiologic Considerations. *Radiographics* 1993; 13:1063-1080.
2. Sarah J. Fitch, MD, Ina L. D. Tonkin, MD, Allen K. Tonkin, MD Imaging of Foregut Duplication Cysts. *Radiographics* 1986 March; Vol 6 Number 2.
3. Royal SA, Hedlund GL, Kelly DR. Ileal Duplication Cyst. *AJR Am J Roentgenol* 1994; 163:98.
4. Teele RL, Henshke CI, Tapper D. The Radiographic and Ultrasonographic evaluation of Enteric Duplication Cysts. *Pediatr Radiol* 1980; 10:9-12.
5. Barr LL, Hayden CK Jr, and Stansberry SD, Swischuk LE Enteric Duplication Cysts in children: are their ultrasonographic wall characteristics diagnostic? *Pediatr radiol* 1990; 20:326-328. Royal SA, Hedlund GL, Kelly DR. Ileal Duplication Cyst. *AJR Am J Roentgenol* 1994; 163:98.
6. Stuart A. Royal, Gary L. Hedlund, and David R. Kelly Ileal Duplication Cyst *AJR* 1994; 163:98.
7. Samuel C Tong, MD, Martha Pitman, MD, Sudha A. Anupindi, MD Ileocecal Enteric Duplication Cyst: Radiologic-Pathologic Correlation. *RadioGraphics* 2002; 22:1217-1222.
8. Kelly RB, Mahoney PD, Johnson JF. CT demonstration of an unusual enteric duplication cyst. *J Comput Assist Tomogr* 1986; 10:506-507.
9. Kangerloo H, Sample F, Hasen G, Robinson JS, Sarti D. Ultrasonic evaluation of abdominal gastrointestinal tract duplication in children. *Radiology* 1979; 131:191-194.
10. Holcomb GW, Gheissari A, O'Neill JA, Shorter NA, Bishop HC. Surgical management of alimentary tract duplication. *Ann Surg* 1989; 209:167-174.
11. Dresler CM, Patterson GA, Taylor BR, Moote DJ. Complete foregut duplications. *Ann Thorac Surg* 1990; 50:306-308.