

Resolución laparoscópica de una duplicación gástrica

Dres. M. Martínez Ferro, H. Scherl, M. Bailez.

Servicio de Cirugía, Hospital J.P. Garrahan, Buenos Aires, Argentina.

Resumen

La duplicación gástrica es una variedad poco frecuente entre las duplicaciones del tracto digestivo; por su sintomatología inespecífica es difícil su diagnóstico preoperatorio; ella suele ser un hallazgo radiológico o ecográfico, confirmandosela en la operación. Presentamos un paciente de 3 años portador de una duplicación gástrica diagnosticada y tratada por vía laparoscópica, quien evolucionó sin complicaciones, encontrándose asintomático 18 meses después del procedimiento.

Palabras Clave: Duplicación gástrica - Laparoscopia

Summary

Gastric duplications are rare duplications among the gastrointestinal tract duplications by virtue of its nonspecific symptomatology, difficult preoperative diagnosis, and characteristic radiologic findings needing confirmation at surgery. We report a three-year-old child with a gastric duplication diagnosed and managed by laparoscopy. The child had no complications and is asymptomatic 18 months after surgery.

Index words: gastric duplication, laparoscopy

Resumo

A duplicação gástrica é uma variedade pouco frequente entre as duplicações do trato digestivo; por sua sintomatologia inespecífica é difícil seu diagnóstico pré operatório, ela pode ser um achado radiológico ou ultrassonográfico, confirmando-se na cirurgia. Apresentamos um paciente de 3 anos portador de uma duplicação gástrica diagnosticada e tratada por via laparoscópica, que evoluiu sem complicações, encontrando-se assintomático 18 meses após o procedimento.

Palavras Chave: Duplicação gástrica - Laparoscopia.

Introducción

La duplicación gástrica representa una de las variedades poco frecuentes de las duplicaciones del tracto digestivo. Debido a su sintomatología inespecífica el diagnóstico preoperatorio se sospecha por ecografía o tomografía y en muchos casos el diagnóstico sólo se confirma durante la exploración quirúrgica.

Presentamos un paciente con duplicación gástrica diagnosticada y tratada por vía laparoscópica.

Presentación del caso

Niño de 3 años de edad, que consultó por dolor abdominal de tipo cólico de 3 meses de evolución e intensidad leve, que no le impedía la alimentación ni sus actividades habituales. El examen físico resultó normal.

Las radiografías de abdomen y tórax, así como la analítica de rutina y amilasemia fueron normales. Se efectuó una ecografía abdominal en la que se observó una imagen quística de 29 x 27 x 31 mm ubicada

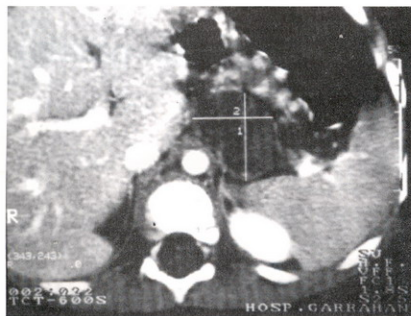


Fig. 1: tomografía axial computada de abdomen con contraste. Se observa una formación quística de 3 x 3 cm aproximadamente ubicada en la transcavidad de los epiplones. Nótese la íntima relación que guarda con el páncreas, el hilio esplénico y los grandes vasos.

en la transcavidad de los epiplones. Una tomografía axial computada con contraste confirmó los hallazgos de la ecografía (Fig. 1); la centellografía esplélica fue normal.

El paciente fue observado durante 4 meses controlado con ecografías abdominales, sin mostrar cambios en las imágenes.

Ante la persistencia de la sintomatología se decidió la exploración, por vía laparoscópica.

Se ingresó a cavidad por un trócar de 5 mm umbilical mediante técnica abierta, se realizó neumoperitoneo con CO₂ a 10 mmHg y posteriormente fueron colocados otros 3 trócares (uno de 10mm en hipocondrio derecho y dos de 5 mm, uno entre estos dos últimos y otro en flanco izq.). Se realizó disección roma hasta encontrar una masa de aspecto quístico de 3 x 3 cm en la transcavidad de los epiplones, en contacto con el estómago, bazo y páncreas. Luego de separar la masa del páncreas y el bazo, se observó que estaba en íntimo contacto con la pared posterior del estómago; completada la exéresis de la misma se comprobó la indemnidad de la pared gástrica luego de la insuflación de aire por sonda nasogástrica. Se extrajo la pieza quirúrgica por el port de 10mm. El tiempo quirúrgico fue de 100 minutos.

El niño evolucionó bien; a las 24 hs se retiró la sonda nasogástrica, toleró alimentación oral sin in-

convenientes y se le otorgó el alta al 3er día.

El resultado histológico confirmó el diagnóstico de duplicación gástrica.

A los 18 meses de postoperatorio el paciente se encuentra libre de síntomas y con buen aspecto estético por el tipo de abordaje utilizado.

Discusión

Las duplicaciones del tracto digestivo son anomalías congénitas raras; dentro de éstas, la duplicación gástrica alcanza, en algunas series hasta el 9%^{1,2}. En su mayoría son quísticas, localizadas a lo largo de la curvatura mayor (65%)³, o en la pared posterior gástrica; muy raramente se comunican con la luz⁴.

Los síntomas aparecen, generalmente, dentro de los 2 primeros años de edad, siendo los más frecuentes vómitos y masa abdominal palpable⁵. Menos frecuentes son la hematemesis⁶, melena^{1,2}, dolor abdominal recurrente y anemia. También hay presentaciones extremadamente infrecuentes como fistula al conducto biliar común⁷, o a la pleura⁸, neumoperitoneo por perforación⁹ o episodios de pancreatitis recurrente^{10,11}. Se puede sospechar la duplicación por una ecografía o tomografía, pero el diagnóstico preoperatorio a menudo difícil, generalmente se confirma en la cirugía^{12,2,13}.

El tratamiento es quirúrgico y consiste en la exéresis de la anomalía. Recientemente se ha comunicado el beneficio de sutura mecánica^{1,14}.

Nuestro caso fue resuelto por vía laparoscópica, ofreciéndole al paciente una invasión mínima y una recuperación post-operatoria excelente.

No hemos encontrado ningún reporte en la literatura consultada de otros casos de duplicación gástrica resueltos por vía laparoscópica.

Bibliografía

1. Kremer RM, Lepoff RB, Izant RJ: Duplication of the stomach. *J Pediatr Surg* 5:360-362, 1970.
2. Wold M, Callery M and White J: Ectopic Gastric-Like Duplication of the pancreas. *J Pediatr Surg* 11:1051-1052, 1988.
3. Chawla A, Gadaleta D, Kenigsberg K, et al: Erosion through the posterior gastric wall by a pancreatic Pseudocyst Secondary to Duplication. *J Pediatr Gastroenterology and Nutrition* 13:115-118, 1991.

4. Mazziotti M and Ternberg J: Continuous communicating esophageal and gastric duplication. *J Pediatr Surg* 5: 775-777, 1997.
5. Bower RJ, Sieber WK : Alimentary tract duplication in children. *Ann Surg* 188:669-674, 1978.
6. Mc Cutchen GT, Josey RB: Reduplication of the stomach. *J Pediatr* 39:216-217, 1951.
7. Akers DR, Favara BE : Duplications of the alimentary tract. Report of three unusual cases associated with bile acid pancreatic ducts. *Surgery* 71:817-823, 1972.
8. Nissan S: Duplication of the stomach. *Am J Surg* 100:59-63, 1960.
9. Schwartz DL, So HB : An ectopic gastric duplication arising from the pancreas and presenting with a pneumoperitoneum. *J Pediatr Surg* 14:187-190, 1979.
10. Hamada Y, Inoue K, Hioki K : Pyloroduodenal duplication cyst: case report. *Pediatr Surg Int* 12:194-195, 1997.
11. Moss L, Ryan J, Kozarek R : Pancreatitis caused by a gastric duplication communicating with an aberrant pancreatic lobe. *J Pediatr Surg* 31:733-736, 1996.
12. Tihansky DP, Sukarochana K, Hanrahan JB : Pyloroduodenal duplication cyst. *Am J Gastroenterology* 81:189-191, 1986.
13. Chandramouli P, Hossein Mahour: Duplication of the alimentary tract in infants and children. *J Pediatr Surg* 9:1267-1270, 1995.
14. Izzidien Al-Samarrai AY, Crankson SJ, Sadiq S: The use of mechanical sutures in the treatment of gastric duplications. *Z. Kinderchir* 44:186-187, 1989.

Trabajo aceptado para su publicación en marzo de 1999

Dr. M. Martínez Ferro
Combate de los Pozos 1881
(1245) Buenos Aires
Argentina