Quiste de duplicación gástrica; tratamiento laparoscópico

Dres. D. Pereira Núñez, S. Jacobsen y G. Giannini
Clínica Quirúrgica Pediátrica y Laboratorio de Anatomía Patológica.
Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo, Uruguay.

Resumen

Se presenta el caso clínico de una paciente de 5 meses portadora de una duplicación gástrica sintomática, en la que se realiza diagnóstico ecográfico y tratamiento de resección mediante un abordaje laparoscópico.

Palabras clave: Quiste - Duplicación - Laparoscopía

Summary

We present the clinical case of a 5-month-old patient with a symptomatic gastric duplication, in whom ultrasound diagnosis and resection treatment were performed using a laparoscopic approach.

Index words: Cyst - Duplication - Laparoscopy

Resumo

Presente o caso clínico de um paciente de 5 meses transportadora de um duplicaçao gástrico sintomática, em o que nos fazer diagnóstico ecográfico e tratamento de reseción através um embarque laparoscópico.

Palavras chave: Cisto - Duplicação - Laparoscopia

Introducción

La duplicación del tracto gastrointestinal es una rara anomalía congénita con una prevalencia de 0.1-0.3% de todas las malformaciones. Las más comunes son las ileales (40%) mientras que las duplicaciones gástricas quísticas solo representan entre el 4-9% del total. En un 85% son únicas, habitualmente sintomáticas antes de los 2 años y su diagnóstico precoz es esencial para evitar su potencial morbilidad así como su transformación neoplásica.

El tratamiento es la exéresis total y su resolución por abordaje laparoscópico es una manera segura y eficaz de realizarlo.

Presentación del caso

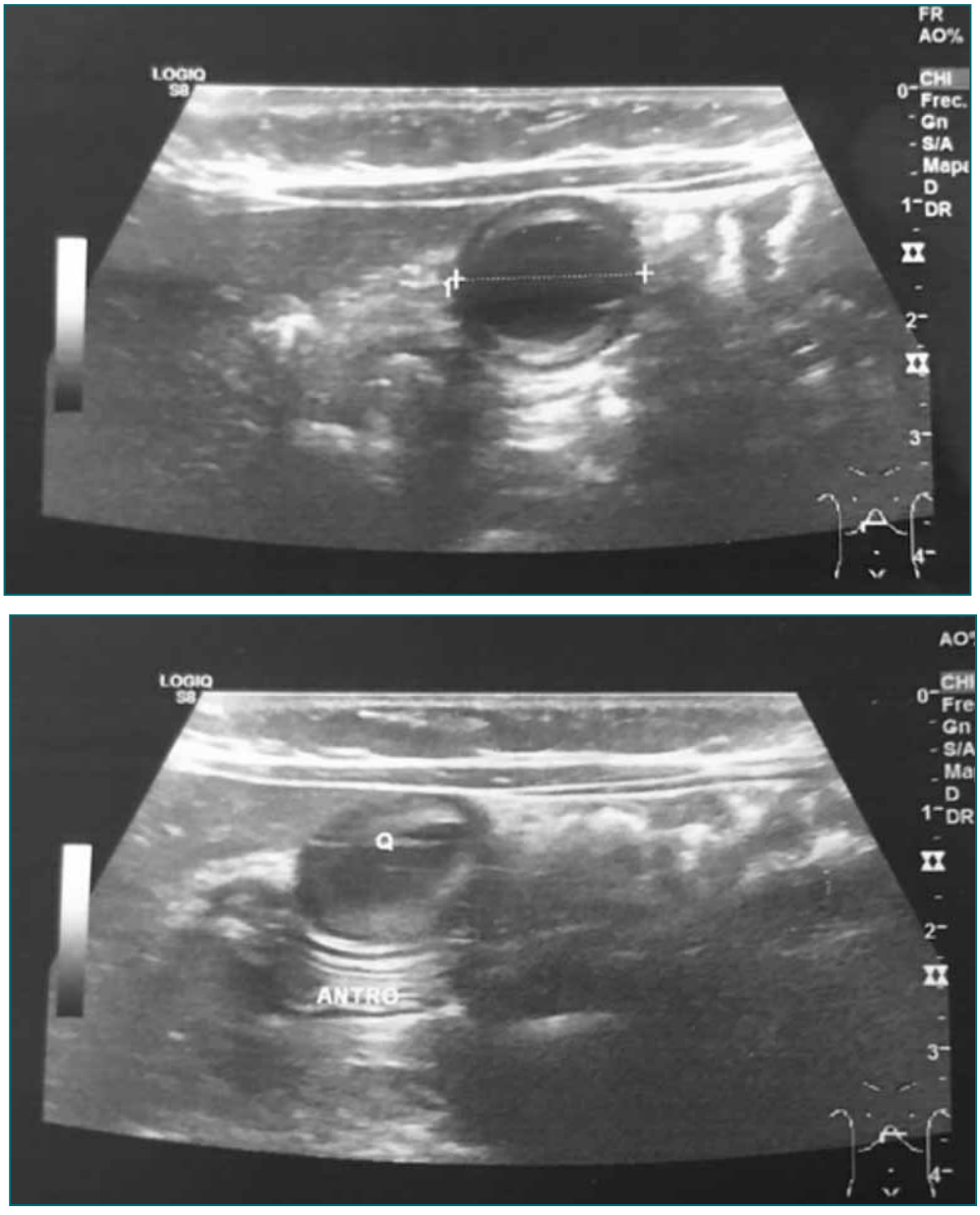
Niña de 5 meses, que en el segundo mes de vida comienza con vómitos reiterados luego de las ingestas, fueron catalogados como síntomas de reflujo gastroesofágico, siendo tratados con medidas higiénico-dietéticas. A pesar del tratamiento instituido la mejoría fue parcial, agregando dolor de tipo cólico, ante esto; se solicita ecografía abdominal a fin de descartar la existencia de una estenosis hipertrófica del píloro. El resultado descarta la estenosis y evidencia como hallazgo una imagen quística, redondeada, de paredes regulares y finas, de 25 mm de diámetro con capas concéntricas que recuerdan al tubo

digestivo. Su contenido es anecoico y heterogéneo y se relaciona con el estómago a nivel del antro por su gran curva (Figuras 1 y 2).

Ante la sospecha de una duplicación gástrica se realiza estudio contrastado, que descarta la comunicación del quiste con el estómago.

En control ecográfico posterior muestra la imagen de similares características y tamaño, se envían a nuestro servicio para su resolución.

De acuerdo con el diagnóstico de quiste de duplicación gástrica se plantea la cirugía de resección, mediante tratamiento video asistido.



Figuras 1 y 2. Ecografía abdominal que muestra la tumoración quística, de paredes finas, solidaria al antro gástrico con el clásico signo de doble pared que traduce duplicación gástrica.

Cirugía

Paciente en posición supina, cambrado dorsal infraescapular, con el cirujano a los pies del mismo, neumoperitoneo de 8 mm Hg a 2 litros/minuto de CO_2. Entrada con trócar de Ternamian de 5 mm a nivel umbilical por donde se coloca la videocámara de 30º, y 2 trócares en ambos flancos en línea medio clavicular (Figura 3).

Figura 3. Colocación de puertos durante la cirugía: 1- video cámara 2-3-pinzas.

Se comprueba tumoración redondeada de 2 cm aproximadamente a nivel del antro en la gran curva gástrica, impresiona estar en continuidad con la pared del estómago con el que comparte vascularización (Figura 4). Se inicia la cirugía con "hook" monopolar para liberación de adherencias al quiste, se evacúa su contenido (viscoso) a fin de lograr una mejor manipulación del mismo, se realiza la disección, quedando unido al estómago por un sector que se secciona mediante pinza de Ligasure® rasante a la pared gástrica, exéresis completa, no se evidencian fugas ni mucosa remanente. Se extrae la pieza por trócar lateral en bolsa. No ocurrieron complicaciones durante la cirugía, el tiempo de la misma fue 65 minutos. Buena evolución en sala, alta al 2º día del posoperatorio.

Figura 4. Quiste de duplicación gástrica durante el inicio de la cirugía. Nótese la continuidad entre la tumoración y el estómago, así como la vascularización compartida.

La pieza de resección mide 2,0 x 1,4 x 1,2 cm, es sacular (Figura 5), superficie externa brillante e interna de aspecto mucoso. Al corte es firme (Figura 6).

Histológicamente corresponde a pared gástrica, constituida por una capa mucosa con epitelio de revestimiento de tipo gástrico, presenta fovéolas quistificadas y áreas de ulceración. La muscular de la mucosa es gruesa. A nivel de la submucosa se observan áreas hialinizadas, vasos de pequeño calibre y filetes nerviosos del plexo de Meissner. La capa muscular propia cuenta con doble capa de músculo liso, circular y longitudinal, con tractos nerviosos del plexo mientérico de Auerbach (Fig. 7 y 8).

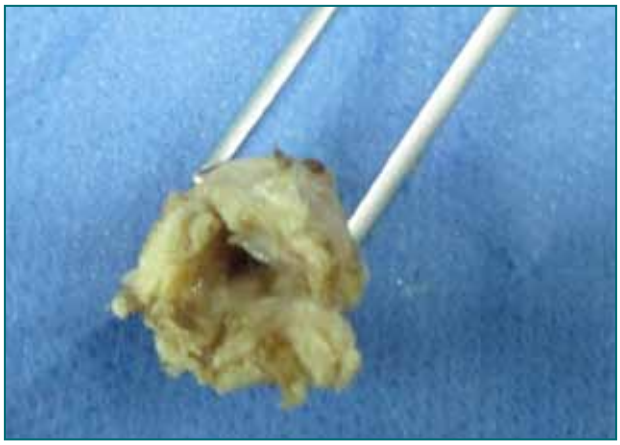


Figura 5. Macroscopía. Vista panorámica de la pieza de resección.

Figura 6. Macroscopía. Superficie de corte.

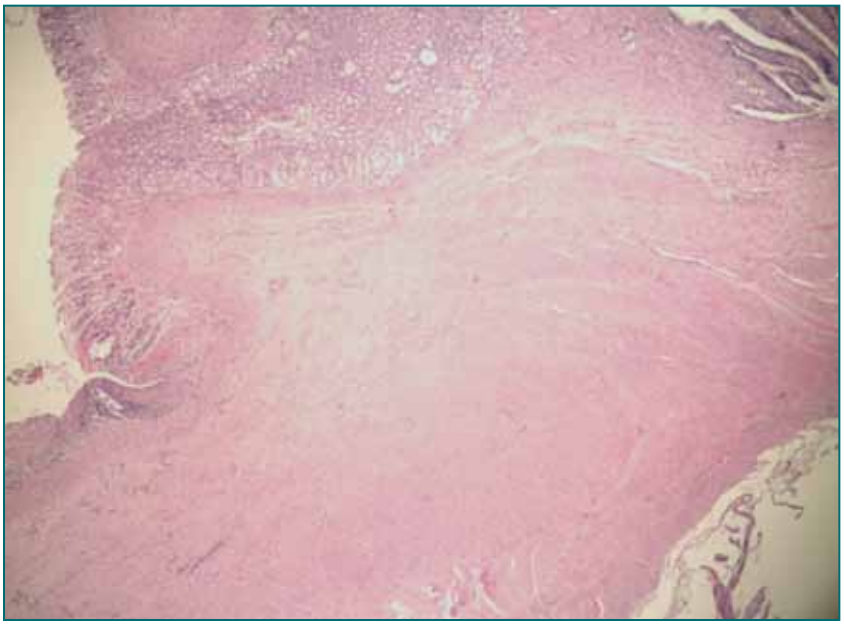


Figura 7. Hematoxilina-Eosina (H-E) 20x. Pared de duplicación gástrica constituida por mucosa, submucosa, capa muscular propia y serosa. Capa muscular propia con haces circulares, longitudinales y plexo mientérico de Auerbach.

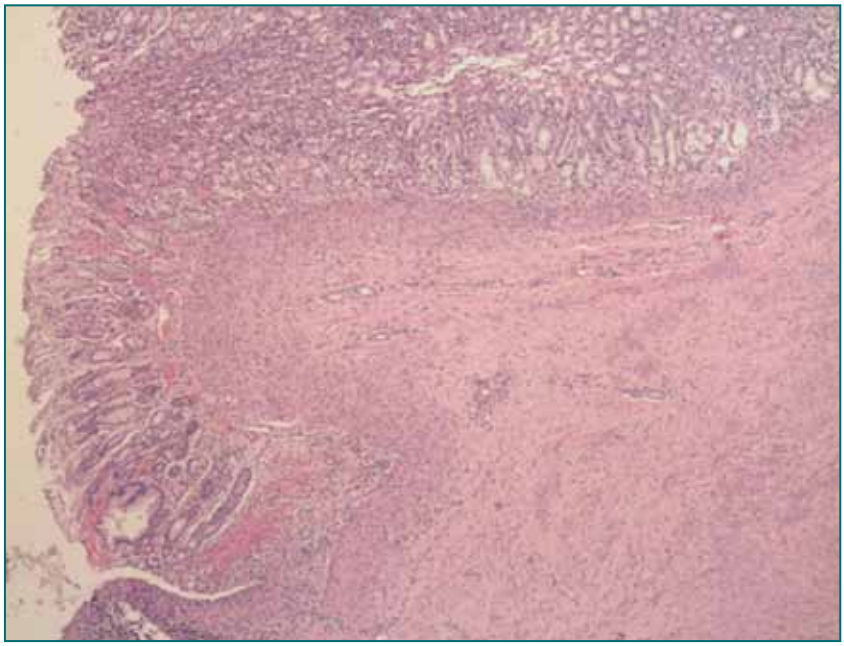


Figura 8. H-E 40x. Mucosa de tipo gástrica con fovéolas quistificadas, muscular de la mucosa engrosada, pequeña área de ulceración.

Discusión

Las duplicaciones gástricas son extremadamente raras, se estima en 1/100.000 nacidos vivos, y representan solo el 4-9% de todas las duplicaciones digestivas. Son generalmente quísticas (75%) y rara vez comunican con el lumen gástrico, las localizaciones más frecuentes están a nivel de la gran curva, el antro y la región pilórica[1,2].

La primera descripción histopatológica es atribuida a Wendel en 1911. Se plantea que son el resultado de alteraciones en el desarrollo embrionario, no obstante no hay una causa clara para su formación por lo cual se han propuesto diversas teorías que tratan de explicarla: 1-) fallo en la fusión y recanalización de los pliegues longitudinales intestinales; 2-) formación de un divertículo de tracción por un fallo en el desarrollo de la notocorda y endodermo; 3-) persistencia de una vacuola formada en la fase sólida del desarrollo del intestino embrionario[3,4].

Se presentan clínicamente de manera inespecífica, con signos como sangrados (hematemesis o melenas), a manera de intolerancia digestiva con dolor abdominal y vómitos, menos frecuentemente como masa abdominal. En otros casos son asintomáticos, siendo hallazgos en un examen imagenológico[4-6].

Varios diagnósticos diferenciales deben ser tenidos en cuenta antes de llegar al diagnóstico definitivo, dentro de estos tenemos: quistes o pseudoquistes pancreáticos, quistes ováricos, tumores parietales gástricos, estenosis hipertrófica del píloro o quistes mesentéricos[2].

Desde el punto de vista anátomopatológico no existen características histológicas propias de las duplicación gástrica ya que la pared está constituida por la totalidad de las capas que presentan comúnmente los órganos del tubo digestivo, con los plexos submucoso y mientérico[7-9]. En las duplicaciones gástricas la mucosa frecuentemente es de tipo gástrica, pero puede presentar heterotopías de cualquier otra mucosa gastrointestinal e inclusive epitelio pancreático. En ocasiones presenta epitelio cilíndrico ciliado, debido a una diferenciación respiratoria[10-13] o a la persistencia de epitelio embrionario[11,12].

Ante la sospecha clínica, la ecografía abdominal es el primer estudio a solicitar, permite reconocer la tumoración quística, de paredes lisas, bien delimitada, en contacto con el estómago y el clásico signo de doble pared[5].

El tránsito contrastado puede ser de ayuda en aquellos casos en que se visualiza la imagen, así como su comunicación con el lumen gástrico. En caso de dudas diagnóstica y para localizar el tumor de manera más precisa, tanto la tomografía computada como la resonancia magnética son de utilidad.

El tratamiento definitivo es el quirúrgico, con resección total de la duplicación, a fin de evitar complicaciones como hemorragia o infecciones intraquísticas, dolor abdominal por compresión de estructuras vecinas ante crecimiento del quiste o como parte de un síndrome de lucha por la imposibilidad de evacuación gástrica, o vólvulos[1]. La posibilidad de transformación neoplásica, hecho reportado por la literatura en pacientes adultos, es también indicación para la cirugía en estos pacientes[14,15]. En algunas ocasiones, no es posible la resección íntegra de la tumoración debido a que se puede comprometer la vascularización del órgano que está en contacto con el quiste, en estos casos la resección casi total con electrofulguración de la mucosa remanente es lo indicado.

Clásicamente durante mucho tiempo la vía de abordaje para estos pacientes fue la laparotomía[5,6,16-18]. Creemos que la cirugía laparoscópica tiene clara indicación en estos pacientes, ya que es efectiva y segura en manos entrenadas. Permite la confirmación diagnóstica así como una localización exacta de la tumoración. Sus incisiones minimizan la posibilidad de complicaciones parietales e infecciosas, otorgan un mayor bienestar en cuanto al menor dolor posoperatorio y un alta precoz[1,2].

Bibliografía

1. Matthias Biebl' Paul Hechenleitner, Oliver Renz, Beatrice Häussler, Murat Sanal. Laparoscopic resection of multiple gastric duplication cysts in an 8 year-old boy J Ped Surg Case Reports 3 (2015) 134e136.
2. W.D.A. Ford, M. Guelfand, P.J. Lopez, and M.E. Furness. Laparoscopic Excision of a Gastric Duplication Cyst Detected on Antenatal Ultrasound Scan. Journal of Pediatric Surgery, Vol 39, No 10 (October), 2004: E38
3. Pankaj Halder, Kartik Chandra Mandal, BidyutDebnath and Madhumita Mukhopadhyay Gastric Duplication Cyst in Children: A Case Report and Literature Review SM J Pediatr Surg. 2016; 2(5): 1031.

4. Alexey Youssef, Alexander Ibrahim, Zuheir AlShehabi, Ammar Omran,and Ala I. Sharara·Gastric Duplication Cyst Presenting as Massive Gastrointestinal Bleeding. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2019 Mar;22(2):189-192
5. Hendrik Prinsloo • Jerome Loveland • Andrew Grieve • Savvas Andronikou • Moaaz Valli Omar. Gastric duplication cysts as a rare cause of haematemesis: diagnostic challenges in two children. Pediatr Surg Int (2011) 27:1127-1130.
6. L. Bonacci, Marc G. Schlatter Gastric duplication cyst: a unique presentation Jeffrey. Journal of Pediatric Surgery (2008) 43, 1203-1205.
7. Rowling JT. Some observations on gastric cysts. BJS [Internet]. 1959 Mar 1;46(199):441-5. https://doi.org/10.1002/bjs.18004619904
8. Gutiérrez C. Temas de patología perinatal y pediátrica. Montevideo: BiblioMédica; 2011. 295 p.
9. Russo P, Ruchelli ED, Piccoli DA. Pathology of pediatric gastrointestinal and liver disease. Pathology of Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease. 2014. 1-699 p.
10. Laurent S, Vivario M, Lardinois F. Gastric Duplication Cyst with Respiratory Epithelium: a Rare Entity. Acta Chir Belg. 2015;115(5):379-81.
11. Heller DS. Potter's Pathology of the Fetus, Infant and Child. Vol. 27, International Journal of Gynecological Pathology. 2008. p. 91.
12. Stocker JT, Dehner LP, Husain AN. Stocker & Dehner's pediatric pathology. 2011;1298.
13. Garcıa Nebreda M, Paseiro Crespo G, Alvaro Cifuentes E, Marques Medina E, Burdaspal Moratilla A. Quiste de duplicacion gastrica de epitelio respiratorio: una lesion infrecuente de difıcil diagnostico diferencial. Cir Esp. 2019;97:57-59.
14. Coit D, Mies C. Adenocarcinoma arising within a gastric duplication cyst.. J Surg Oncol. 1992 Aug;50(4):274-7.
15. Zheng J, Jing H. Adenocarcinoma arising from a gastric duplication cyst. Surg Oncol. 2012 Jun;21(2):e97-101.
16. Menon P, Rao KLN, Saxena AK. Duplication cyst of the stomach presenting as hemoptysis. Eur J Pediatr Surg 2004;14:429e31.
17. Hishiki T, Saito T, Terui K, et al. A rare presentation in a case of gastric dupli- cation cyst communicating to the pancreatic duct: coincidental detection dur- ing pyloromyotomy for hyprtrophic pyloric stenosis. J Pediatr Surg 2008;43: E1e3.
18. Keckler SJ, Holcomb III GW. Alimentary tract duplications. In: Ashcraft KW, Holcomb III GW, Murphy JP, editors. Pediatric surgery. Philadelphia: Elsevier; 2010. p. 517e25.
19. Machado M, Santos V, Martino R, et al: Laparoscopic Reseccion of Gastric Duplication. Successful of a rare entity. Surgical Laparoscopic, Endoscopic and Percutaneous Techniques Vol 13 No 4, 268-270.

Trabajo ~~enviado para evaluación en mayo de 2019.~~
Aceptado para publicación en junio de 2019.

Dr. D. Pereira Núñez.
Clínica Quirúrgica Pediátrica.
Centro Hospitalario Pereira Rossell.
Montevideo, Uruguay.

VOLVER AL ÍNDICE GENERAL