

Quiste de duplicación gástrica en el adulto: una rara entidad

Andrés Guastavino¹, Julio César Rappa¹, Fernando Mandirola¹ y Daniel Varela¹

Gastric duplication cyst in the adult: a rare entity

Aim: To report the clinical case of a gastric duplication cyst in an adult patient. **Materials and Method:** 70 year old male patient with a symptomatic supramesocolic cystic lesion. Preoperative imagenology was not able to determine the exact origin or etiology. Several differential diagnosis were made and finally an exploratory laparotomy was performed. **Results:** The laparotomy determined the gastric origin and a complete resection including gastric wall was done. The anatomopathological study confirmed it was a gastric duplication cyst. **Discussion:** Gastric duplication cysts are a rare congenital disease, diagnosed mainly in the neonatal stage, with rare presentation in the adult stage. Most of these lesions are unique, non-communicating, usually asymptomatic and difficult to diagnose preoperatively, with definitive diagnosis being common in intraoperative and histological study of the piece. **Conclusion:** The gastric duplication cyst must be taken into account in the differential diagnosis of any supramesocolic cystic lesion. They are potentially malignant lesions, and complete resection provides the definitive diagnosis and treatment. **Key words:** gastric duplication; gastric cyst; development anomaly; stomach.

¹Sanatorio Casa de Galicia, Uruguay.

Recibido el 9 de febrero de 2019 y aceptado para publicación el 17 de junio de 2019.

Correspondencia a:
Dr. Andrés Guastavino
and.guastavino@gmail.com

Resumen

Objetivo: Reportar el caso clínico de un quiste de duplicación gástrica en un paciente adulto. **Materiales y Método:** Paciente de sexo masculino de 70 años con una tumoración quística supramesocólica, con síntomas digestivos inespecíficos. La imagenología solicitada no determinó la etiología ni origen de la misma planteándose múltiples diagnósticos diferenciales. Se realizó una laparotomía exploradora. **Resultados:** La laparotomía confirmó el origen gástrico de la tumoración. Se realizó la resección completa de la misma con resección gástrica en forma de gastrectomía atípica. El estudio anatomopatológico de la pieza confirmó un quiste de duplicación gástrica. **Discusión:** Los quistes de duplicación gástrica son una enfermedad congénita rara, se diagnostican principalmente en la etapa neonatal, siendo raro en el adulto. La mayoría son lesiones únicas, no comunicantes, asintomáticas y de difícil diagnóstico preoperatorio siendo habitual el diagnóstico definitivo en el intraoperatorio y con el estudio histológico de la pieza. **Conclusión:** El quiste de duplicación gástrica debe tenerse en cuenta en los diagnósticos diferenciales de toda lesión quística supramesocólica. Son lesiones potencialmente malignas siendo la resección completa la que brinda el diagnóstico y tratamiento definitivo. **Palabras clave:** duplicación gástrica; quiste gástrico; anomalía del desarrollo; estómago.

Introducción

Los quistes de duplicación gástrica son anomalías muy poco frecuentes en el desarrollo embriológico, diagnosticadas mayormente en la etapa neonatal, siendo una rareza su diagnóstico en la etapa adulta¹. Aproximadamente 67% de éstas son diagnosticadas en el primer año de vida, presentando una incidencia reportada de 1 cada 4.500 nacimientos².

Las duplicaciones pueden ocurrir en cualquier parte del tracto digestivo desde la boca hasta el ano. Con mayor frecuencia ocurren a nivel del íleon, seguidos por yeyuno, esófago y colon, siendo la duplicación gástrica la menos común (3,8%) de las duplicaciones del tubo digestivo³. La presentación clínica varía dependiendo de la edad del paciente así como de su localización. Los quistes de duplicación gástrica debido a su topografía y al

CASOS CLÍNICOS

efecto de masa son diagnosticados la mayoría en edades tempranas.

Se describe el caso clínico de un paciente adulto sintomático con un quiste de duplicación gástrica.

Reporte de caso clínico

Paciente de sexo masculino de 70 años, diabético no insulino dependiente, con una revascularización miocárdica y apendicectomizado. Consultó por síntomas digestivos altos inespecíficos de al menos 1 año de evolución, refiriendo pirosis, epigastralgia, náuseas y vómitos ocasionales y plenitud precoz, sin elementos de repercusión general, presentando al examen físico un abdomen indoloro con ocupación a nivel de epigastrio sin tumoración palpable evidente.

Se realizó un estudio contrastado del esófagogastroduodeno que evidenció reflujo gastroesofágico grado III, y en sector proximal del cuerpo gástrico adyacente a curvatura mayor un área con ausencia de pliegues. La endoscopia digestiva alta fue normal. Se solicitó una ecografía abdominal que describió un quiste de 150 mm de diámetro con fino tabique y ecos en su interior que se planteó de origen hepático.

Tanto la tomografía computada como la resonancia nuclear magnética evidenciaron una gran masa hipodensa de paredes finas con fino septo

en su interior, por fuera de la curvatura mayor que comprime y desplaza el antro gástrico, primera porción duodenal y el bazo, siendo hiperintensa en T2. Hígado y páncreas de aspecto normal, sin adenomegalias (Figuras 1 y 2). Presentó una serología de hidatidosis negativa.

No se realizó un diagnóstico positivo de certeza en el preoperatorio planteándose múltiples diagnósticos diferenciales (tumor estromal gastrointestinal, quiste hidatídico, pseudoquiste pancreático, quiste mesentérico o quiste de duplicación gástrica). Se decidió realizar una laparotomía exploradora diagnóstica y terapéutica de coordinación.

Se realizó el abordaje mediante una incisión mediana supraumbilical. En la cirugía se evidenció una tumoración de aspecto quístico de paredes finas en continuidad con el estómago a nivel de la curvatura mayor (Figura 3). Se disecó de las estructuras y órganos adyacentes, debido a su manipulación se produce la apertura quística incidental siendo el contenido de aspecto gelatinoso verdoso. Se vació el contenido de forma completa y en la exploración del interior del mismo se comprueba que no tiene comunicación gástrica (Figura 4). Se realizó la resección completa de la lesión asociado a una gastrectomía atípica en cuña, y cierre con grapadora lineal cortante. El paciente cursó un postoperatorio sin incidentes, siendo dado de alta al 3° día postoperatorio sin complicaciones evolutivas.

El estudio histológico de la pieza evidenció la presencia de una pared fibrosa con una capa muscular lisa y un revestimiento interno con epitelio pseudoestratificado cilíndrico y algunas células mucosas simples, sin evidencia de malignidad. Los hallazgos histológicos fueron compatibles con una mucosa de tipo respiratorio (Figuras 5 y 6).

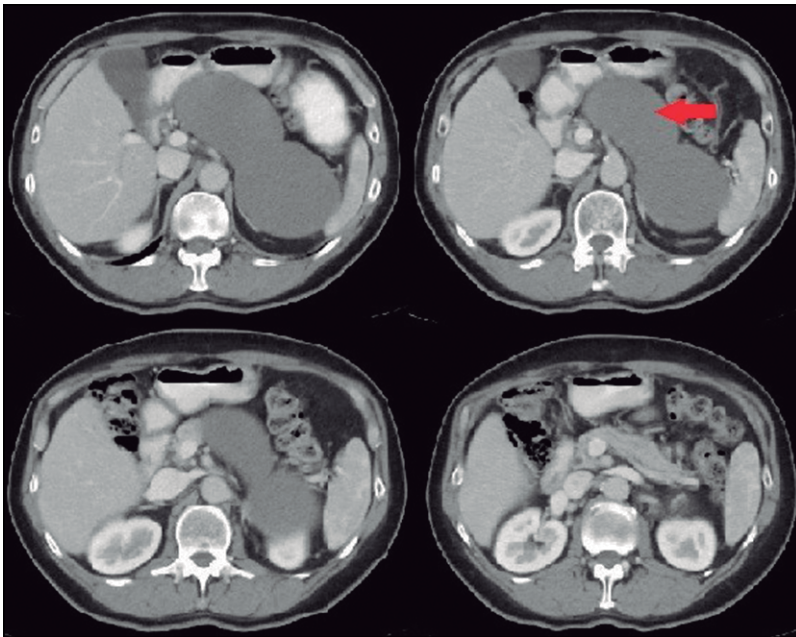


Figura 1. Tomografía computada con contraste intravenoso en fase portal, cortes transversales. Flecha roja: quiste de duplicación gástrica. Se aprecia que desplaza el estómago y el bazo, y es independiente del páncreas.

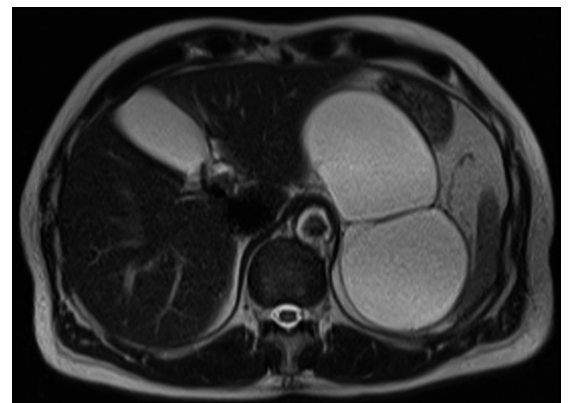


Figura 2. Resonancia magnética, corte transversal. Imagen hiperintensa en T2, se observa el septo interior de la lesión.

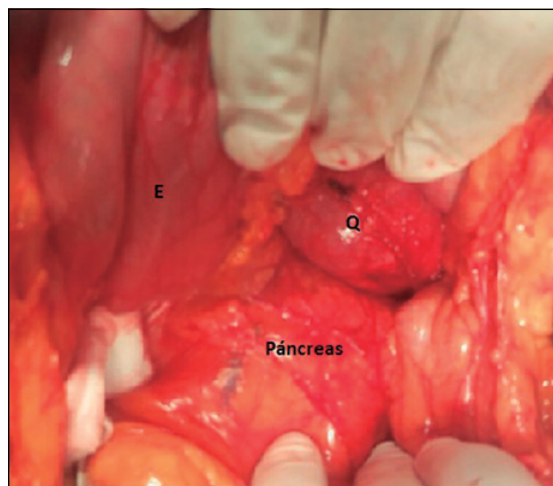


Figura 3. Exploración quirúrgica. E: cara posterior de estómago. Q: quiste de duplicación gástrica.

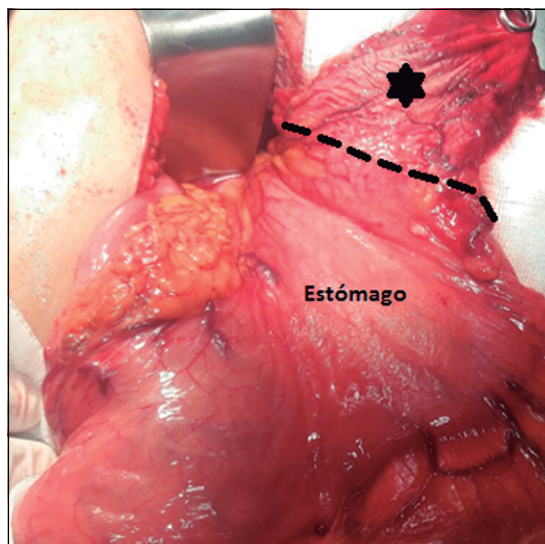


Figura 4. Identificación de lesión. Estrella negra: quiste de duplicación gástrica luego del vaciado de su contenido. Línea negra interrumpida: curvatura mayor gástrica. Se observa la contigüidad de la lesión con la curvatura mayor del estómago.

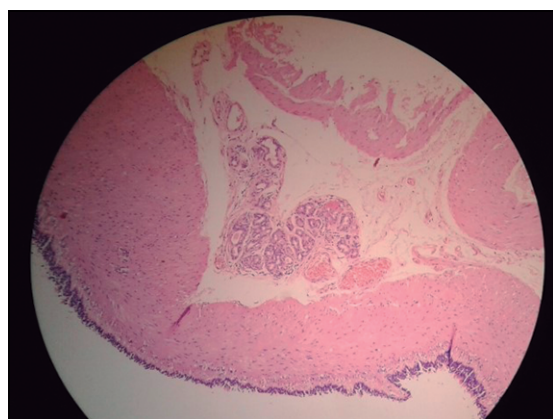


Figura 5. Microscopía del quiste de duplicación gástrica. Tinción hematoxilina-eosina 10x. Se observa que presenta mucosa, submucosa y muscular propia.

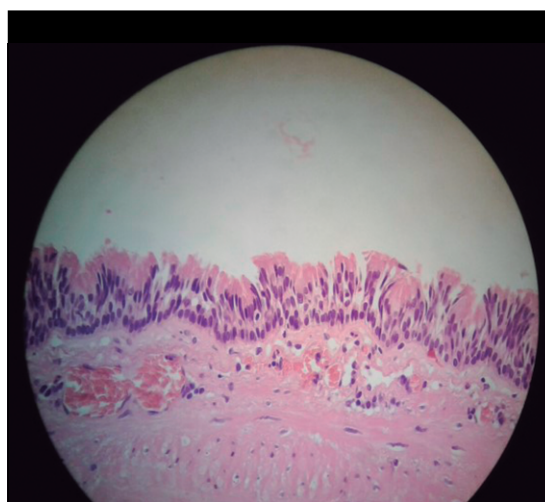


Figura 6. Microscopía del quiste de duplicación gástrica. Tinción hematoxilina-eosina 40x. Se observa en aumento el patrón de tipo respiratorio de la mucosa (seudoestratificado cilíndrico).

Discusión

Los quistes de duplicación gástrica son una enfermedad congénita rara.

El primer reporte de un quiste de duplicación gástrica fue hecho por Wendel en 1911⁴.

Estas lesiones pueden adoptar una forma quística o tubular, siendo las quísticas en su mayoría no comunicantes con el estómago y las tubulares comunicantes. Más del 80% corresponden a la forma quística, son mayormente únicas y localizadas a nivel de la curvatura mayor, como en el caso presentado.

El diagnóstico definitivo es anatomopatológico

debiendo reunir los siguientes criterios: 1) la pared del quiste está contigua a la pared gástrica; 2) el quiste está rodeado de músculo liso en continuidad con la pared muscular del estómago; 3) el quiste está tapizado de mucosa gástrica u otro tipo de mucosa digestiva o respiratoria. Todos estos criterios están reunidos en nuestro caso. Cabe destacar que es más frecuente la presencia de mucosa de tipo gástrico.

Aproximadamente 50% de los casos se asocian a otras anomalías congénitas como: divertículos esofágicos o duodenales, quistes de duplicación en otro sector del tracto digestivo, alteraciones pancreáticas (páncreas ectópico, anular, duplicación), bazos ac-

CASOS CLÍNICOS

cesorios, anomalías vertebrales como espina bífida, entre otras³⁻⁶.

Las duplicaciones son el resultado de alteraciones en el normal proceso del desarrollo embrionario. Varias teorías han sido propuestas para explicar su formación; una de ellas explica un anormal desarrollo de la notocorda, otra una alteración durante la separación del aparato respiratorio y digestivo lo que explicaría la persistencia de epitelio respiratorio en el revestimiento del quiste. De cualquier manera no hay una única teoría que explique la formación de todos los tipos de duplicaciones⁷.

Generalmente, se vuelven sintomáticos durante el primer año de vida, momento en que son tratadas la mayoría. En el adulto el diagnóstico es habitualmente incidental mediante métodos de imagen y la confirmación del mismo es intraoperatorio, la mayoría de los pacientes cursan de forma asintomática. Son más frecuentes en sexo femenino. En caso de presentar síntomas la presentación clínica es variable e inespecífica: dolor abdominal, intolerancia digestiva alta, plenitud precoz, pérdida de peso, anemia, disfagia, masa epigástrica al examen abdominal. Más raramente puede manifestarse por sus complicaciones como infección, hemorragia digestiva alta, perforación, fistula o compresión de órganos adyacentes⁸.

El correcto diagnóstico preoperatorio es difícil a pesar del uso de técnicas de imagen avanzadas. Tanto la tomografía computada como la resonancia nuclear magnética no presentan adecuada sensibilidad en el diagnóstico de esta patología, confundiéndola con otras entidades patológicas. El hallazgo característico en la tomografía con contraste intravenoso es una lesión quística de paredes engrosadas con realce de su capa interna, aunque muchas veces es dificultoso diferenciarlo de tumores pancreáticos¹. La ecografía endoscópica es de utilidad para valorar la topografía intra o extramural del quiste, así como también puede aportar la citología mediante punción aspiración con aguja fina. Tanto la tomografía computada como la ecoendoscopia se consideran los estudios con mayor rendimiento para identificar estas lesiones⁹. En nuestro paciente, si bien se consideró la posibilidad de realizar este estudio, se resolvió la conducta seguida para realizar la resección.

Los diagnósticos diferenciales son variados: tumores estromales gastrointestinales (GIST), leiomioma, tumores neuroendocrinos, heterotopía pan-

creática, pseudoquistes o cistoadenomas pancreáticos, tumores neurogénicos, quistes mesentéricos, quiste hidatídico, entre otros. Se debe, por tanto, reunir características clínico evolutivas e imagenológicas para poder orientarse de forma adecuada al diagnóstico y, por tanto, realizar un correcto tratamiento. La importancia de un correcto diagnóstico radica en que si bien la transformación maligna es muy rara, ésta ha sido reportada en la literatura^{10,11}. Según recientes publicaciones, Chan BPH et al. establecen que existen tan solo 11 casos reportados en la literatura¹², mientras que Sethi S et al., plantean que existen 12 casos publicados a nivel mundial¹³, siendo el adenocarcinoma el tipo histológico más frecuente.

En cuanto al tratamiento, si bien existe reporte de casos asintomáticos en los que se realizó tratamiento conservador², el más aceptado, principalmente, en los quistes de tipo no comunicante como es el caso presentado es realizar la exéresis completa dado el riesgo si bien bajo de malignización y asimismo evitando posibles complicaciones. Destacamos, además, que en este era sintomático. El abordaje puede ser convencional o laparoscópico siendo éste último factible y seguro, contando con las ventajas de la cirugía miniinvasiva^{4,14,15}.

Conclusión

En resumen, esta patología rara por sí misma y más aún en la etapa adulta, presenta grandes dificultades diagnósticas dado que se confunde con otras entidades, por lo que debe ser tenida en cuenta en los diagnósticos diferenciales de toda lesión quística supramesocólica. La importancia de ello radica en su potencial malignidad y eventuales complicaciones, siendo la resección completa la que brinda el diagnóstico definitivo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de Intereses: Ninguno.

Referencias

1. Singh JP, Rajdeo H, Bhuta K, Savino JA. Gastric Duplication Cyst: Two Case Reports and Review of the Literature. *Case Reports Surg.* 2013. Article ID 605059. 10.1155/2013/605059.
2. Bhatti ZS, Anderson MA, Wasnik AP. Complete gastric duplication in an adult with associated anomalies. *Clin Imag* 2016;40:244-6.
3. Christians KK, Pappas S, Pilgrim C, Tsai S, Quebbeman E. Duplicate pancreas meets gastric duplication cyst: A tale of two anomalies. *Int J Surg Case Reports* 2013;4:735-9.
4. Namdaroglu OB, Argon A, Aydogan S, Ozturk AM, Yakan S, Yildirim M, et al. Gastric duplication cyst in adult: Challenge for surgeons. *J Min Access Surg.* 2017;13:57-9.
5. Passos ID, Chatzoulis G, Milias K, Tzoi E, Christoforakis C, Spyridopoulos P. Gastric duplication cyst (gdc) associated with ectopic pancreas: Case report and review of the literature. *Int J Surg Case Reports* 2017;31:109-13.
6. Ortiz Sebastián S, Robles Campos R, Parrilla Paricio P. Leiomiomatosis esofágica asociada a quistes de duplicación gástrica en el adulto. *Cir Esp.* 2000;67:97-9.
7. Navarrete Pérez JJ, Cravioto Villanueva A, Soria Céspedes D. Quiste de duplicación gástrica. Informe de un caso. *Rev Esp Patol.* 2012;45:96-9.
8. Abdalkader M, Al Hassan S, Taha A, Nica I. Complicated Gastric Duplication Cyst in an Adult Patient: Uncommon presentation of an uncommon disease. *J Radiol Case Reports* 2017;11:16-23.
9. García Pérez B, García Paredes R, Essouri N, Alajarin M, Albaladejo A, Sánchez Torres A, et al. Imagen endoscópica de una duplicación gástrica. *J Gastrohep.* 2011;34:718-9.
10. Zheng J, Jing H. Adenocarcinoma arising from a gastric duplication cyst. *Surg Oncol.* 2012;21:97-101.
11. Yamasaki A, Onishi H, Yamamoto H, Ienaga J, Nakafusa Y, Terasaka R, et al. Asymptomatic adenocarcinoma arising from a gastric duplication cyst: A case report. *Int J Surg Case Reports* 2016;25:16-20.
12. Chan BPH, Hyrcza M, Ramsay J, Tse F. Adenocarcinoma Arising from a Gastric Duplication Cyst. *ACG Case Rep J.* 2018;5:e42.
13. Sethi S, Godhi S, Puri SK. Papillary Adenocarcinoma in a Gastric Duplication Cyst. *Indian J Surg Oncol.* 2017;9:79-82.
14. De Vinatea J, Villanueva L, Gonzales E, Asato C, Sumire J, Castro K. Un caso de duplicación gástrica quística del adulto manejado por laparoscopia. *An Fac Med Lima* 2006;67:160-7.
15. Kawaidaa H, Kimuraa A, Watanabea M, Akaikea H, Hosomuraa N, Kawaguchia Y. Successful laparoscopic partial gastrectomy and spleen-preserving distal pancreatectomy for gastric duplication cyst connecting with the pancreatic tail. *Int J Surg. Case Reports* 2018;44:176-80.