

# Leiomioma Gástrico versus Duplicación: caso clínico

Moreno Balsera M., Ramírez Gurruchaga F., Jiménez Lorente A.I., Rubio Cordero J.L., Asencio García J., González Mariscal M. Hospital Universitario Virgen Macarena Sevilla.

**Dir. Corresp.:** Moreno Balsera M: macarena\_mb@hotmail.com

**Resumen:** El Quiste de duplicación gástrica es una malformación muy poco común, de probable origen embrionario, en la octava semana de desarrollo intrauterino por fallo en la recanalización del tubo digestivo. Suele manifestarse únicamente como dolor abdominal de larga evolución, consecuencia de la distensión quística, pero en ocasiones presenta complicaciones. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen siendo la ecografía de gran utilidad y confirmándose mediante estudio anatomopatológico. El tratamiento es quirúrgico, presentando una evolución favorable.

Presentamos un caso clínico de un niño de 10 años de edad que fue estudiado por dolor abdominal de larga evolución, no presentaba otra sintomatología. En la exploración física minuciosa no se encontraron hallazgos patológicos, como parte del estudio se realizó una ecografía abdominal que evidenció una tumoración entre estómago y bazo; se determinó su topografía con mayor exactitud con un TAC abdominal con contraste y se sometió a una laparotomía exploradora mediante la que se realizó el diagnóstico de doble duplicación gástrica, se practicó la exéresis completa de ambas formaciones quísticas y se confirmó el diagnóstico mediante anatomía patológica.

**Palabras claves:** quiste de duplicación gástrica, dolor abdominal

## Gastric leiomyoma versus duplication: clinical case.

**Abstract:** Gastric duplication cyst is a rare malformation, of probably embryonic origin around the 8th week of intrauterine development, caused by the failure of digestive tract recanalization. It usually presents only as chronic abdominal pain due to bloating caused by the cyst, often with associated complications. Diagnosis is made by imaging, ecography is very useful, with confirmation by pathological histology examination. The preferred treatment is surgery presented a favourable outcome.

Here we report a clinical case of a 10-year-old boy who presented chronic abdominal pain with no associated symptoms. On external abdominal examination pathological abnormalities were not found, so an abdominal ecography was performed. The ecography revealed a tumour between the stomach and the spleen. The tumour was accurately located by a contrast-enhanced CT scan in the abdomen. Exploratory laparotomy suggested as diagnosis a double gastric duplication, which was confirmed by histopathological analysis after complete surgical excision of both cysts.

**Key words:** gastric duplication cyst, abdominal pain.

Recibido: 12-09-11 Aceptado: 25-10-11

Vox Paediatrica 2011; XVIII(2):75-83

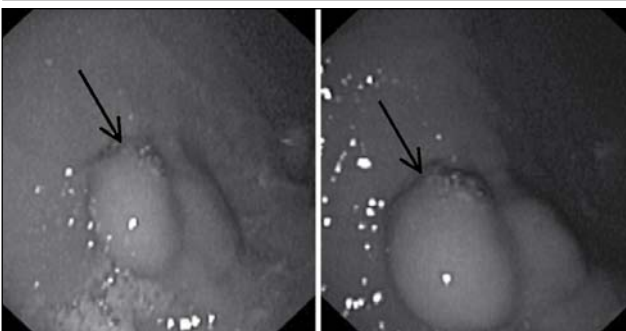
## Introducción

El presente caso clínico tiene como objetivo revisar las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y tratamiento de un caso de duplicación gástrica y paragástrica a nivel de la curvatura mayor del estómago en un niño de 10 años de edad, que presentaba como única sintomatología dolor abdominal en hipocondrio izquierdo de larga evolución y que mediante endoscopia digestiva alta se sospechó una tumoración (**leiomioma gástrico**).

## Observación clínica

Niño de 10 años de edad, que ingresa por dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo de aproximadamente 24 meses de evolución. Como antecedentes personales de interés, al año de vida presentó gastroenteritis aguda de repetición, otitis media y dermatitis atópica. Con esta edad requirió ingreso hospitalario por síndrome emético y fallo de medro, por lo que se le realizó una **gammagrafía esofágica** con vaciamiento gástrico que puso de manifiesto un índice de reflujo del 9,3%. Con tres años de edad, ante la persistencia de vómitos esporádicos y dolor abdominal se le realizó un pHmetría en la que los valores no fueron significativos, y una endoscopia digestiva alta en la que se apreció un pólipo gástrico en curvatura mayor, se le realizó test de ureasa C13 que fue positivo y se le diagnosticó de esofagitis leve e infección por **Helicobacter pylori**. Con 5 años de edad, en una revisión, se le diagnostica leiomioma gástrico en la curvatura mayor del estómago. A los 7 años de edad se amplía su estudio ante la presencia de rectorragia y encopresis, se practicó una rectocolonoscopia con la cual se le diagnosticó de fisura anal y cambios inflamatorios mínimos. Con 10 años de edad, ante la persistencia de dolor abdominal en hipocondrio izquierdo se le realizó una ecografía abdominal que puso de manifiesto una tumoración de 28 mm de diámetro entre estómago y bazo, por lo que se repitió la endoscopia digestiva alta (**Imagen 1**), que confirmaba la presencia de esta formación y un TAC abdominal con contraste (**Imagen 2**) que mostró una imagen quística de pared fina de 28 mm de diámetro localizada entre estómago, bazo y cola del páncreas.

**Imagen 1:** Imagen obtenida mediante endoscopia digestiva alta. Se aprecia tumoración, de 28 mm de diámetro, en la curvatura mayor del estómago.



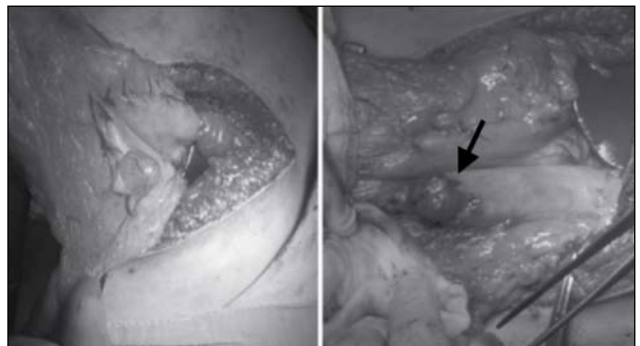
**Imagen 2:** TAC abdominal con contraste, se observa formación quística redondeada, localizada entre estómago, bazo y cola del páncreas.



Ante estas imágenes se decidió practicar una laparotomía exploradora (**Imagen 3**), realizándose la exéresis de una tumoración de pared gástrica a nivel del ángulo de Hiss de unos 8 cm de diámetro y de otra a nivel del antro de unos 30 mm de diámetro (**Imagen 4**), ambas tumoraciones de características serosas. El estudio anatomopatológico posterior confirmó el diagnóstico, informando de formación quística uniloculada de 9 mm de diámetro, que al abrirla presentaba contenido mucoso parduzco, sin papilas ni excrecencias.

Tras la operación el paciente presentó una evolución favorable, cediendo el dolor abdominal y sin complicaciones.

**Imagen 3:** Laparotomía con la que se localizó el quiste en la curvatura mayor del estómago.



**Imagen 4:** Quiste de duplicación gástrica tras su exéresis completa.



## Discusión

El quiste de duplicación gástrica, también conocido como quiste entérico, es un tipo de duplicación del tracto digestivo. Las duplicaciones del tracto digestivo se denominan en función de su localización, independientemente del origen celular del epitelio de su pared. Estas pueden localizarse a lo largo de todo el tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el ano, siendo las más frecuentes en yeyuno-íleon (50%), en colon (18%) y las más raras en estómago y apéndice. Se trata de una malformación congénita quística muy poco común, cuya etiología no está clara.

### Destacan tres teorías en cuanto a su formación:

**a)** persistencia de una vacuola formada en el desarrollo del intestino embrionario, **b)** un fallo embrionario en la recanalización de los pliegues longitudinales intestinales, **c)** la formación de un divertículo en el fallo del desarrollo de la notocorda y endodermo<sup>(1)</sup>. Se dan con mayor frecuencia en el sexo femenino y no se ha encontrado relación familiar. Se han descrito pocos casos de degeneración maligna (*adenocarcinoma* y *carcinoma escamoso*).

De etiología embrionaria, se tratan de estructuras quísticas, esféricas o tubulares que contienen en la mayoría de los casos mucosa digestiva normal, como en nuestro paciente, aunque también pueden presentar tejido ectópico respiratorio o pancreático<sup>(2)</sup>, posee paredes de músculo liso, tapizadas por epitelio gastrointestinal. Pueden tener comunicación con el estómago, siendo los más frecuentes las que no tienen comunicación de su luz<sup>(3)</sup>, pero siempre están íntimamente unidos a él. Localizadas en su mayoría en la curvatura mayor o cara posterior del estómago.

Los quistes de duplicación gástrica son los más excepcionales de entre las anomalías quísticas del tracto gastrointestinal ya que suponen un 4-7% de todos ellos. Pueden presentarse en el periodo neonatal, en la niñez, y con menos probabilidad en la edad adulta. En los niños representan el 0,2% de los casos.

En cuanto al modo de presentación clínica, suelen ser asintomáticos y si presentan manifestaciones clínicas estas suelen ser inespecíficas siendo frecuentemente un hallazgo en pruebas de imagen o quirúrgico, no obstante se pueden manifestar como dolor abdominal por repleción de secreciones, además representa el 15% de las masas abdominales palpables en pediatría<sup>(4)</sup>. En algunos casos se han diagnosticado por las complicaciones que producen como son las náuseas, vómitos o disfagia si impiden o retrasan el vaciamiento gástrico, hematemesis o melenas si se produce la ulceración de la pared del quiste, peritonitis si se produce afectación del peritoneo, fistulización a colon ó volvulación e invaginación si el quiste es pediculado<sup>(5)</sup>. Pueden alcanzar un tamaño de hasta 25 cm<sup>(6)</sup>.

El diagnóstico clínico es muy complicado, ya que exige un alto índice de sospecha, aunque podría sospecharse mediante una palpación abdominal minuciosa; actualmente el diagnóstico por imagen ha permitido detectar los casos de Quistes de duplicación gá-

strica e informar sobre su topografía y características, así son de gran utilidad el estudio baritado, la ecografía abdominal con punción dirigida, la TAC y RMN<sup>(7)</sup>. En el estudio baritado del tubo digestivo superior apreciaremos compresión extrínseca por el quiste, en la ecografía abdominal podremos ver una estructura redondeada, bien definida, anecoica, de paredes lisas que presenta una capa interna hiperecogénica (*mucosa*) y otra externa hipoecogénica (*muscular*). Se ha considerado patognomónico de esta entidad la demostración mediante ecografía del anillo interno hiperecogénico y el externo hipoecogénico<sup>(8,9)</sup>. La realización de la laparoscopia está indicada en casos sintomáticos o cuando existan signos de infección del quiste. La TAC ofrece hallazgos similares a la ecografía, mostrando una imagen hipodensa, homogénea y bien definida, que presenta un ligero realce de la pared, pero permite una mejor valoración topográfica y de su relación con estructuras vecinas. Otras pruebas de interés son la ecografía endoscópica que permite apreciar las paredes del quiste y la gammagrafía con tecnecio-99 pertechnetato que evidencia la presencia de mucosa gástrica ectópica. No obstante el diagnóstico definitivo se obtiene tras la exéresis de la malformación y estudio anatomopatológico de la misma. El tratamiento es quirúrgico, habiéndose realizado en la mayoría de los casos mediante laparoscopia con un resultado muy satisfactorio para el paciente.

## Bibliografía

1. O'Donnell PL, Morrow JB, Fitzgerald TL. Adult gastric duplication cysts: a case report and review of literature. *Am Surg* 2005; 71 (6): 522-5
2. Macpherson RI. Gastrointestinal tract duplications: clinical, pathologic, etiologic, and radiologic considerations. *RadioGraphics* 1993; 13: 1063-1080
3. Behrman RE, Kliegman RM, Aruin AM. Nelson. Tratado de pediatría. 15a ed. México:Panamericana, 1996: 337.
4. Hernanz F, Sandoval F, Fernández F, Cloux J, Juliani J, Madrigal V. Gastric duplication associated with heterotopic pancreas. *Cir Pediatr* 1992;5:178-181.
5. Fazel A, Moezardalan K, Varadarajulu S, Draganov P, Eloubeidi MA The utility and the safety of EUS-guided FNA in the evaluation of duplication cysts. *Gastrointest Endosc* 2005; 62: 575-580
6. Kleinman RE, Gilger M, Braverman RM. Pediatric gastrointestinal disease. 2ª ed. New York: Panamericana; 1998;102-107.
7. Varas MJ, Miquel JM, Abad R, Espinós JC, Cañas MA, Fabra R, Bargalló D. Interventionist endoscopic ultrasonography. A retrospective analysis of 60 procedures. *Rev Esp Enferm Dig*. 2007 ; 99 (3): 138-44.
8. Donald R. Kirks. Gastrointestinal Tract. Practical Pediatric Imagine. 3.a Edición. Lippincott-Raven publishers. Philadelphia. 1998; 821-1007.
9. Blais C, Masse S. Preoperative ultrasound diagnosis of a gastric duplication cyst with ectopic pancreas in child. *J Pediatric Surgery* 1995 ; 30 (9): 1384-6.