

CASOS CLÍNICOS

Quiste de duplicación intestinal. Intestinal duplicación CYST.

M García Marín, J Paz Expósito, E Ruiz Campos, J Perez Cejudo

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

RESUMEN

Presentamos un caso de un quiste de duplicación intestinal en una mujer de 14 años de edad, que acude a urgencias por dolor abdominal en flanco izquierdo acompañado de náuseas y pérdida de apetito de varios días de evolución. Los exámenes radiológicos realizados (Rx simple de abdomen, ecografía, TAC de abdomen sin y con contraste, estudios de contraste baritado) fueron de gran ayuda diagnóstica, si bien la apariencia radiológica en nuestro caso no fue característica de un quiste de duplicación intestinal. La sospecha clínica y los estudios de imagen apuntaron al diagnóstico de quiste de duplicación intestinal, que se confirmó tras la cirugía y la anatomía patológica.

Queremos destacar la importancia de las pruebas de diagnóstico por imagen en el diagnóstico del quiste de duplicación intestinal, aun cuando la apariencia radiológica no sea la más típica.

Palabras clave: Quiste de duplicación intestinal; Rx simple de abdomen; Ecografía; TAC; Estudios baritados.

INTESTINAL DUPLICATION CYST

ABSTRACT

Presentamos un caso de un quiste de duplicación intestinal en una mujer de 14 años de edad, que acude a urgencias por dolor abdominal en flanco izquierdo acompañado de náuseas y pérdida de apetito de varios días de evolución. Los exámenes radiológicos realizados (Rx simple de abdomen, ecografía, TAC de abdomen sin y con contraste, estudios de contraste baritado) fueron de gran ayuda diagnóstica, si bien la apariencia radiológica en nuestro caso no fue característica de un quiste de duplicación intestinal. La sospecha clínica y los estudios de imagen apuntaron al diagnóstico de quiste de duplicación intestinal, que se confirmó tras la cirugía y la anatomía patológica.

Queremos destacar la importancia de las pruebas de diagnóstico por imagen en el diagnóstico del quiste de duplicación intestinal, aun cuando la apariencia radiológica no sea la más típica.

Key words: Quiste de duplicación intestinal; Rx simple de abdomen; Ecografía; TAC; Estudios baritados.

INTRODUCCIÓN

El quiste de duplicación constituye una rara anomalía del sistema gastrointestinal⁽¹⁾. Su etiología se relaciona con errores de la canalización del tracto gas-

trointestinal durante el desarrollo embrionario. Puede afectar a cualquier segmento del tubo digestivo, siendo su localización más frecuente la yeyunoileal⁽²⁾. Suele ser asintomático.

El diagnóstico del quiste de duplicación está basado en los métodos de imagen⁽¹⁾. La ecografía es de gran valor. El quiste de duplicación se presenta como una masa anecoica, redonda u ovalada, con una doble pared característica. La tomografía computerizada nos permite un mejor estudio de sus límites, así como de sus relaciones con los órganos vecinos. Los estudios con contraste baritados no suelen ser útiles, ya que la mayoría de los quistes de duplicación no están comunicados con la luz gastrointestinal.

El quiste de duplicación que contiene mucosa gástrica se detecta por gammagrafía con pertecnecato ^{99m}Tc⁽²⁾.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 14 años de edad que ingresa procedente de urgencias por dolor abdominal en flanco izquierdo de carácter cólico de 4 días de evolución, acompañado de náuseas y pérdida de apetito. La exploración física y los exámenes complementarios no mostraron hallazgos de interés.

La radiología simple de abdomen realizada en urgencias, identificaba una calcificación redondeada de unos 30 mm de diámetro en hipocondrio izquierdo y otra calcificación satélite de menor tamaño próxima a la línea media. Estos hallazgos conllevaron a seguir estudiando a la paciente e indicar la realización de una ecografía abdominal, donde se identificó una masa heterogénea en vacío izquierdo, con componente quístico y polo hipercogénico que dejaba sombra sónica posterior, traduciendo la calcificación descrita en la placa simple de abdomen.

Posteriormente se indica la realización de una TC de abdomen sin y con contraste, donde se pone de manifiesto la composición heterogénea de la masa,



Figura 1. Rx simple de abdomen. Calcificación en vacío izquierdo, redondeada, donde es difícil de establecer la relación con órganos adyacentes.

así como sus límites y relaciones con los órganos vecinos. La masa se sitúa por delante del espacio pararenal anterior izquierdo, con un componente quístico de 40,9 mm por 20,6 mm, y cálcico de 30,7 mm por 10,4 mm; no dependiendo ni de la cola del páncreas, ni del bazo ni del riñón izquierdo, y situándose en íntimo contacto con la cara posterior del estómago y asas de yeyuno proximal.

Los estudios con contraste baritados (tránsito intestinal y enema opaco) no aportaron hallazgos de interés, excepto que la imagen calcificada se movilizaba con los movimientos respiratorios y que la masa no se rellenaba de contraste; por tanto, no estaba en contacto con la luz intestinal.

Durante su estancia hospitalaria permaneció afebril y con manifestaciones esporádicas de dolor abdominal leve que cedieron espontáneamente. Se inter-



Figura 2. Ecografía. Se observa una imagen heterogénea con un componente quístico y un polo hiperecogénico que deja sombra sónica posterior, que traduce la imagen cálcica observada en la Rx simple de abdomen. La masa no parece estar en relación con bazo ni riñón izquierdo ni cola de páncreas.

vino quirúrgicamente de forma programada, extirpándose una masa dura, redondeada, de bordes irregulares, de unos 4-5 cm de diámetro, dependiente del intestino delgado, y con el diagnóstico anatómico-patológico de duplicación intestinal.

DISCUSIÓN

El quiste de duplicación es una anomalía congénita rara⁽¹⁾, siendo su edad de presentación más frecuente en la infancia y su localización más habitual la yeyunoileal⁽²⁾.

El diagnóstico está basado en los métodos de imagen⁽¹⁾. La radiología simple en nuestro caso fue de gran ayuda, ya que la clínica que presentaba la enferma era inespecífica. La presencia de la calcificación en el vacío izquierdo nos llevó a la realización de la ecografía abdominal, para intentar localizar la dependencia orgánica de la misma, resultando formar parte de una masa heterogénea, que presentaba un componente quístico y un polo hiperecogénico con sombra sónica posterior que correspondía a la calcificación descrita. Los hallazgos ecográficos encontrados no eran los específicos que se describen en este tipo de patología, que suelen consistir en masas simples, anecoicas, redondas u ovales, con una doble pared característica⁽³⁾. La pared está formada por una capa mucosa interna hiperecogénica, rodeada por una capa muscular hipoeecogénica, que suele resultar muy útil para diferenciarla de las restantes masas quísticas

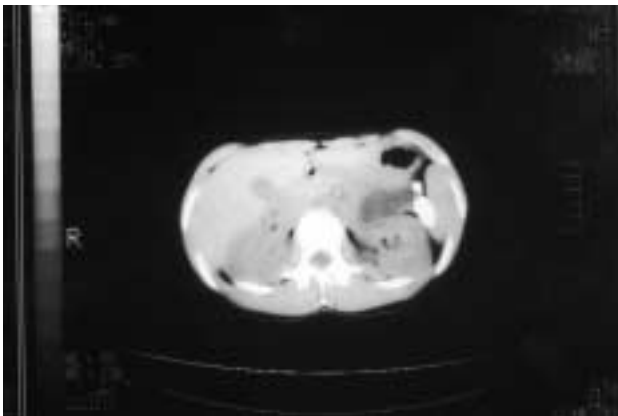


Figura 3. TC de abdomen sin contraste. Se confirma la existencia de la masa heterogénea, un componente con densidad líquida y otro con densidad cálcica, y que no depende del bazo ni del riñón izquierdo ni del páncreas, y situándose en íntimo contacto con la cara posterior del estómago y asas de yeyuno proximal.

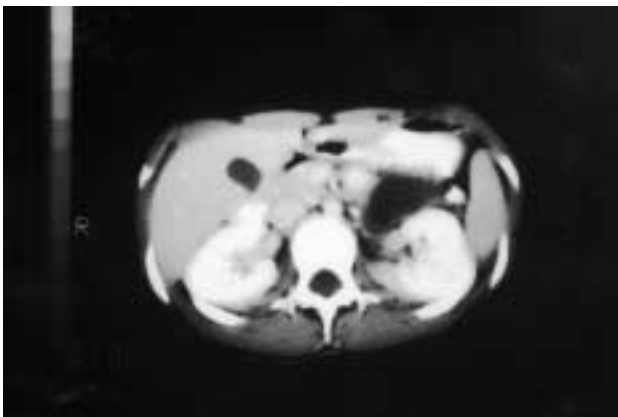


Figura 4. TC de abdomen con contraste. Masa heterogénea, que no realza con contraste.

abdominales. En nuestra paciente no se observaban dichos hallazgos ecográficos, resultando tratarse de una masa heterogénea con componente quístico de características no típicas y un polo calcificado (enterolitos), aspecto extremadamente raro en los quistes de duplicación no comunicantes.

La indicación y posterior realización de la TC abdominal nos permitieron una mejor delimitación de la masa, así como de sus relaciones con los órganos adyacentes. Dicha masa se situaba por delante del espacio pararrenal anterior izquierdo, sin depender de la cola pancreática ni del bazo, hallándose en íntimo contacto con la cara posterior del estómago y de las asas del yeyuno proximal.

Los estudios con contraste baritado (tránsito intes-



Figura 5. Tránsito intestinal. La imagen cálcica se desplazaba con los movimientos respiratorios junto al paquete intestinal. No se rellenaba con el contraste baritado, por tanto no estaba en comunicación con la luz intestinal.

tinal y enema opaco) aportaron escasa información. La masa se desplazaba con los movimientos respiratorios con el paquete intestinal y no se rellenaba de contraste; por tanto, no comunicaba con la luz intestinal. No existían signos de compresión extrínseca, por lo que la masa no hubiera podido demostrarse de no haberse realizado la exploración ecográfica.

En el diagnóstico diferencial incluimos fundamentalmente las masas quísticas de origen gastrointestinal y pancreático^(4,5). En primer lugar a considerar se halla el quiste de duplicación entérico, que raramente se calcifica, si bien se han descrito en la literatura la posibilidad de formación de enterolitos, debido al ectasis crónico y al ambiente alcalino en el interior del quiste, en los quistes de duplicación comu-



Figura 6. Enema opaco. Tan sólo se pudo observar que la masa no comunicaba con la luz cólica.

nicantes. En segundo lugar, los quistes de epíplon y mesenterio⁽⁶⁾, que ocasionalmente se descubren en la primera década de la vida, y son masas quísticas uni o multiloculadas, de paredes lisas de una sola capa (en contraste con la bicapa del quiste de duplicación) que suelen contener múltiples septos internos y cuando presentan ecos en su interior corresponden a restos grasos o debris secundarios a hemorragia o infección.

Por último, los quistes pancreáticos son lesiones que contienen líquido inflamatorio, entre ellos los pseudoquistes, que ofrecen el aspecto más variable. Uni o multiloculados, de morfología ovoide e irregular, con paredes lisas o dentadas y de contenido a veces con septos múltiples o ecos internos dispersos. Los quistes pancreáticos congénitos son raros y se

asocian a enfermedades sistémicas⁽⁴⁾. En nuestro caso, la sospecha clínica y radiológica fue de quiste de duplicación, que se confirmó tras la cirugía y la anatomía patológica.

CONCLUSIONES

El quiste de duplicación intestinal es una anomalía congénita rara, que aparece sobre todo en la infancia. Suelen ser asintomáticos, aunque algunos contienen mucosa gástrica o pancreática ectópica, que puede producir hemorragia, ulceración y perforación. En ocasiones se presenta como una masa abdominal a menudo palpable. El mejor método de imagen para su diagnóstico es la ecografía. Los estudios de contraste baritado no suelen aportar información útil, ya que la mayoría no están comunicados con la luz intestinal. La TC abdominal ayuda a su localización, límites y relaciones con órganos adyacentes. Los estudios gammagráficos ayudan al diagnóstico si la masa contiene mucosa gástrica ectópica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parrilla M, Montilla Y, Rodríguez MA, Quevedo L, Valls O, Pérez D. Duplicación cística duodenal. *G-E-N* 1992; **46**(2):170-3.
2. Lecouffe P, Spyckerelle C, Venel H, Meuriot S, Marchandise X. Use of pertechnetate ^{99m}Tc for abdominal scanning in localising an ileal duplication cyst. *Eur J Nucl Med* 1992; **19**(1):65-7.
3. Segal SR, Sherman NH, Rosenberg HK, Kirby CL, Card PA, Bellah RD y cols. Ultrasonographic features of gastrointestinal duplications. *J Ultrasond Med* 1994; **13**(11): 863-70.
4. Leonard E, Swischuk MD, Susan D, John MD, Todd E, Lempert MD. Abdomen y pelvis pediátricos. William E, Brant MD, Clyde A, Helms MD. Fundamentos de radiología pediátrica. Edición original Williams & Wilkins. 428 East Preston Street, Baltimore, Maryland 21202 USA. 1995; págs. 154-157. Edición española. Editorial Marban, S.L. 28015 Madrid, España.
5. Donoghue V, Carty H. The gastrointestinal tract. *Imagin children*. Edited by: Helen Carty, Francis Brunelle, Donald Shaw, Brian Kendall. Longman Group, limited 1994. First published 1994. Reprinted 1995; págs. 281.
6. Stoupis C, Ros PR, Abbit PL, Burton SS, Gauger J. Bubbles in the belly: imagin of cystic mesenteric or omental masses. *Radiographics* 1994; **14**(4):729-37.
7. Seumel-Janecka B, Przetakiewicz-Jazdonczyk D, Gorczyca-Wisniewska E, Poltorak JL. A case of cystic duplication of the stomach. *Wien-Wochenschr* 1996; **108**(4):117-9.