CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):532

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-159 - PÁNCREAS HETEROTÓPICO. RARA PRESENTACIÓN DEL QUISTE DE DUPLICACIÓN GÁSTRICA

Arana de la Torre, María; Servide Staffolani, María José; Calle, Miguel; Gutiérrez, Oihane; Santidrián, José Ignacio; Oleagoitia, Jesús; Colina, Alberto

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: Las duplicaciones del tracto gastrointestinal son anomalías congénitas muy infrecuentes que pueden afectar a cualquier segmento del tubo digestivo. Existen varias teorías sobre el origen del quiste de duplicación gástrica, todas basadas en alteraciones del desarrollo embriológico.

Caso clínico: Caso 1: varón 75 años derivado por tumoración gástrica. Gastroscopia: Área mucosa regular y mal delimitada a nivel de cisura angular y curvadura menor. Lesión de aspecto submucoso semipediculado en segunda porción duodenal. Ecoendoscopia: efecto masa de 4 × 4 cm en cuerpo gástrico. Linitis versus Gist. TAC: masa irregular de 5,5 cm en curvadura menor. Reticulación de la grasa adyacente, adenopatía en ligamento gastrohepático. Intervención quirúrgica (27/07/12). Hallazgos: tumor gástrico de 5 cm en curvadura menor. Técnica: gastrectomía subtotal. AP: tejido pancreático heterotópico de 4,5 cm que alcanza muscular propia y subserosa. Evolución favorable. Caso 2: varón 52 años en control por lesión submucosa gástrica quística de años de evolución. Gastroscopia: gastritis crónica, lesión submucosa quística. Ecoendoscopia: lesión de aspecto submucoso de 16 mm en cara posterior de cuerpo gástrico, que asienta en la submucosa, con tractos fibrosos y lesiones quísticas de pequeño tamaño, que se interpreta como quiste por inclusión gástrico asociado a restos embrionarios. Intervención quirúrgica (13/03/13). Hallazgos: lesión submucosa de 2 cm en cara posterior gástrica. Técnica: enucleación. AP: tejido pancreático heterotópico sin signos de malignidad. Evolución favorable.

Discusión: Los quistes de duplicación gástrica suponen un 2-8% del total de duplicaciones intestinales. Son habitualmente lesiones esféricas, únicas, localizadas frecuentemente (95% de los casos) en la curvatura mayor. Las calcificaciones en la pared son extremadamente infrecuentes. Pueden estar adheridos al páncreas e incluso comunicarse con conductos pancreáticos aberrantes. Son más frecuentes en mujeres y no existe predisposición familiar. Suelen diagnosticarse en la infancia por la sintomatología que producen, mientras que en adultos su diagnóstico habitualmente es incidental. El quiste de duplicación gástrica puede ser asintomático o causar sintomatología de carácter inespecífico. Entre las posibles complicaciones descritas destacan la obstrucción gástrica, sangrado gastrointestinal, fistulización a órganos vecinos, pancreatitis recurrente, torsión y obstrucción intestinal. Se han asociado a otras malformaciones hasta en un 50% de los casos, entre otras, secuestro pulmonar, riñón multiquístico, disgenesia gonadal, hipergastrinemia y alteraciones

neurológicas. La TAC y la RM permiten identificar los quistes de duplicación siendo la ecoendoscopia fundamental para su diagnóstico. El diagnóstico diferencial se plantea con quistes y pseudoquistes pancreáticos, quistes mesentéricos, quistes hidatídicos, tumores intramurales gástricos y neoplasias quísticas. Para poder afirmar que es un verdadero quiste de duplicación gástrica, la lesión debe tener conexión con el estomago, capa externa de musculatura lisa que tenga segmento común con la pared gástrica y mucosa de revestimiento habitualmente gástrica. También se han observado otros epitelios (mucosa bronquial, tejido pancreático...). Los niveles de CEA y CA19-9 del líquido del quiste suelen ser normales, aunque algunos casos están elevados. La opción terapéutica más aceptada es la intervención quirúrgica con resección completa por el riesgo de malignización o de complicaciones.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados