



VC-035 - ANOMALÍA INFRECUENTE CON DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO: QUISTE DUPLICACIÓN GÁSTRICA

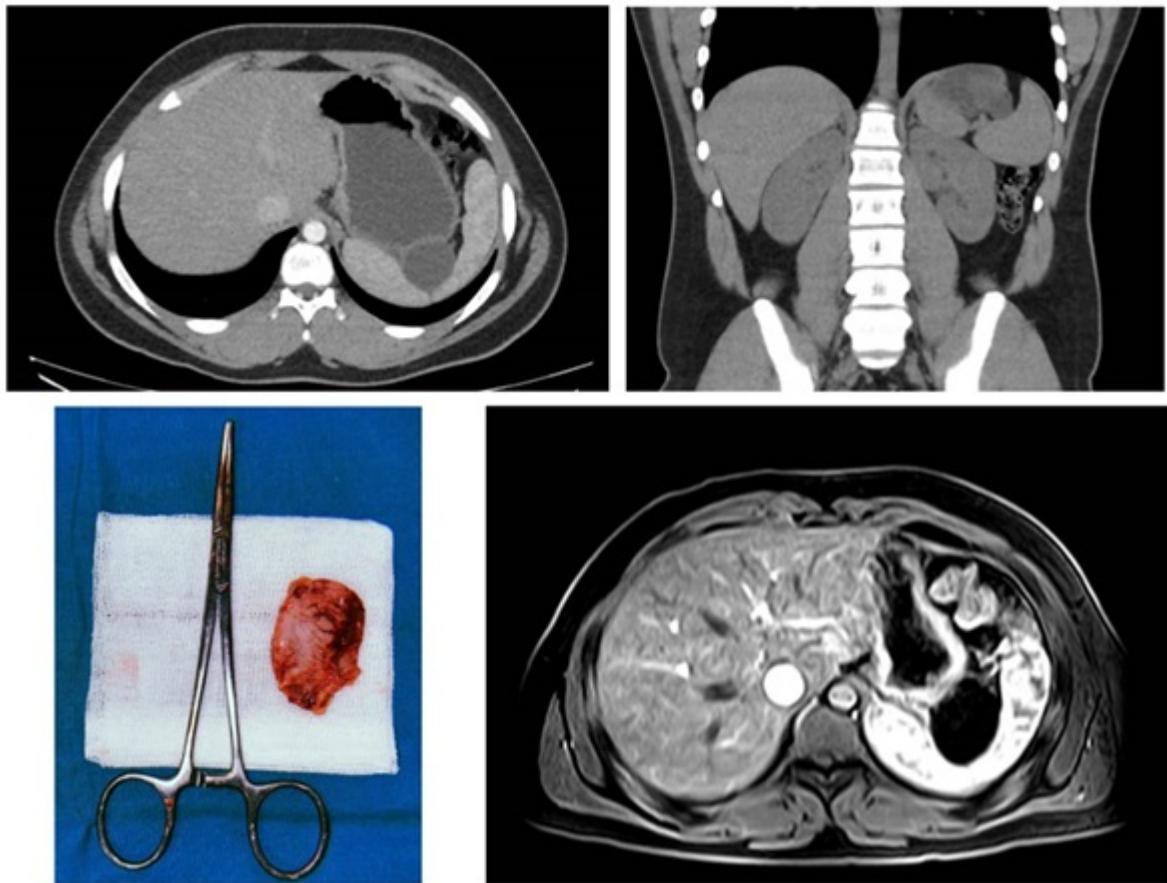
García Aguilar, Natalia; Jordán Chávez, Carlos Alberto; Escalera Pérez, Raquel; Medina Achirica, Carlos

Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Resumen

Introducción: La duplicación gástrica cursa como forma de presentación inusual de malformaciones congénitas gastrointestinales (2-9%), siendo la forma quística la presentación más frecuente. En el 50% de los casos se diagnostican en los primeros años de vida. Cursa con dolor abdominal, pérdida de peso y vómitos, siendo hallazgo incidental endoscópicos o en pruebas de imagen en pacientes con edad superior a 12 años. Su diagnóstico preoperatorio es un reto médico. Su localización más frecuente es la curvatura mayor gástrica y a pesar de la lógica, en la mayoría no existe evidencia de comunicación de la lesión con la luz gástrica. La iniciación terapéutica es la resección completa con la finalidad de reducir sintomatología y evitar degeneración maligna. Pueden presentar complicaciones como obstrucción, sangrado, fistulización o transformación maligna. Criterios histológicos que definen al quiste de duplicación gástrica: pared contigua a la pared gástrica, bordes rodeados de músculo liso, pared cubierta por epitelio gástrico o mucosa intestinal, vascularización común.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 17 años, como único antecedente de fibroxantoma en peroné distal. Derivado a nuestro centro por tumoración en hilio esplénico como hallazgo incidental en estudio de dolor lumbar izquierdo esporádico. A la exploración abdomen anodino. En las pruebas complementarias -ecografía, TAC y RMN-; imagen anecoica anexa a polo superior esplénico, aparentemente dependiente de hilio esplénico y curvatura mayor 4×5 cm con 50 ml de volumen en su interior. Sospecha de quiste mesentérico. Se realizan endoscopia con sospecha de compresión extrínsecas y se toman biopsia con datos de gastritis crónica. Ecoendoscopia que confirma lesión quística unilocular entre fundus gástrico e hilio esplénico bien delimitado. Tiempo quirúrgico: neumoperitoneo con aguja de Veress en hipocondrio izquierdo. Trocar óptico supraumbilical 10-12 mm. Trócares 5 mm en flanco derecho, flanco izquierdo y epigastrio. Apertura craneal de transcavidad de epiplones hasta visualizar el pilar diafragmático izquierdo. Lesión quística dependiente de curvatura mayor sin contacto con hilio esplénico. Individualización de la lesión quística gástrica dependiente y resección con electrocauterio. Test de fuga con azul de metileno a través de SNG. No se evidencia perforación gástrica. Refuerzo de la región seccionada con V-lock. Extracción de trócares bajo visión directa. Anatomía patológica: compatible con duplicidad gástrica. Posoperatorio favorable, dado de alta a las 24 horas tras la cirugía sin incidencias. Seguimiento en consulta al mes de la cirugía sin complicaciones.



Discusión: Las duplicaciones gastrointestinales pueden desarrollarse, aunque de forma inusual, en cualquier región del tracto digestivo. Su sintomatología inespecífica y la baja sospecha, hacen de ella un cuadro de diagnóstico tardío y complejo para el cirujano. Existen diversidad de tratamiento de forma endoscópica y quirúrgica, siendo la resección quirúrgica laparoscópica la piedra angular terapéutica. El manejo de los quistes asintomáticos es controvertido. El diagnóstico depende de los hallazgos intraoperatorio y los resultados anatomopatológicos.