

## BIBLIOGRAFÍA

- Oliveira PD, dos Santos Filho PV, de Menezes Ettinger JE, Oliveira IC. Abdominal-wall postherpetic pseudohernia. *Hernia*. 2006;10:364-6.
- Kawai K, Gebremeskel BG, Acosta CJ. Systematic review of incidence and complications of herpes zoster: Towards a global perspective. *BMJ Open*. 2014;4:e004833.
- Gilden D, Nagel MA, Cohrs RJ, Mahalingam R. The variegated neurological manifestations of varicella zoster virus infection. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2013;13:374.
- Chernev I, Dado D. Segmental zoster abdominal paresis (zoster pseudohernia): A review of the literature. *PM R*. 2013;5:786-90.
- Kesler A, Galili-Mosberg R, Gadoth N. Acquired neurogenic abdominal wall weakness simulating abdominal hernia. *Isr Med Assoc J IMAJ*. 2002;4:262-4.
- Hung CT, Wang WM. Postherpetic pseudohernia. *CMAJ*. 2012;184:E202.
- Dobrev H, Atanassova P, Sirakov V. Postherpetic abdominal-wall pseudohernia. *Clin Exp Dermatol*. 2008;33:677-8.
- Ohno S, Togawa Y, Chiku T, Sano W. Postherpetic pseudohernia: Delayed onset of paresis of abdominal muscles due to herpes zoster causing an ipsilateral abdominal bulge. *BMJ Case Rep*. 2016;2016.
- Eguchi H, Furukawa N, Tago M, Fujiwara M, Ogushi A, Tokutomi J, et al. Temporary unilateral abdominal muscle paralysis due to herpes zoster without typical vesicles or pain. *J Gen Fam Med*. 2017;18:35-7.
- Santiago-Pérez S, Nevado-Estévez R, Pérez-Conde MC. Herpes zoster-induced abdominal wall paresis: Neurophysiological examination in this unusual complication. *J Neurol Sci*. 2012;312:177-9.

Anna Curell<sup>a\*</sup>, Nuria Ortega<sup>a</sup>, Gian Pier Protti<sup>a</sup>,  
Jose María Balibrea<sup>ab</sup> y Manuel López-Cano<sup>ab</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

<sup>b</sup>Departamento de Cirugía de la Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [annacurell2@gmail.com](mailto:annacurell2@gmail.com) (A. Curell).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.06.006>  
0009-739X/

© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Quiste de duplicación gástrica de epitelio respiratorio: una lesión infrecuente de difícil diagnóstico diferencial

### Gastric duplication cyst with respiratory epithelium: An uncommon injury that has a difficult differential diagnosis



Los quistes de duplicación gastrointestinales constituyen una entidad congénita sin predisposición familiar, cuya incidencia se estima de uno por cada 4.500 nacimientos, y pueden localizarse a cualquier nivel del tracto gastrointestinal<sup>1</sup>. Los quistes de duplicación gástrica (QDG) fueron descritos por primera vez por Wendel en 1911 y tienen una prevalencia del 2-8% del total de las duplicaciones intestinales, siendo los más infrecuentes después de los apendiculares<sup>2</sup>.

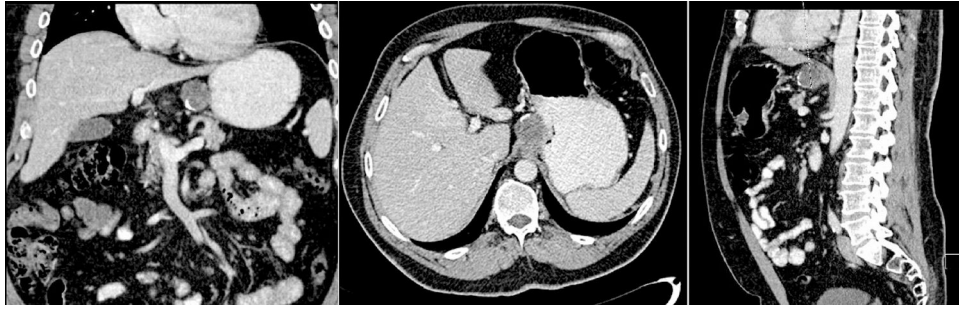
La etiología viene dada por alteraciones del desarrollo embrionario, sin existir una teoría que explique completamente su formación, y pueden tener morfología tubular o más frecuentemente cilíndrica. Los QDG se originan dorsalmente al intestino primitivo, motivo por el cual la mayoría se localizan en la curvatura mayor, generalmente a nivel distal y tan solo un 5,5% de ellos se encuentran en la curvatura menor.

Son más frecuentes en mujeres, suelen diagnosticarse en la infancia por la sintomatología que producen, siendo en los adultos habitualmente un diagnóstico incidental. En más del 50% de los casos suelen asociarse a otras malformaciones, como las duplicaciones esofágicas o alteraciones vertebrales<sup>3</sup>.

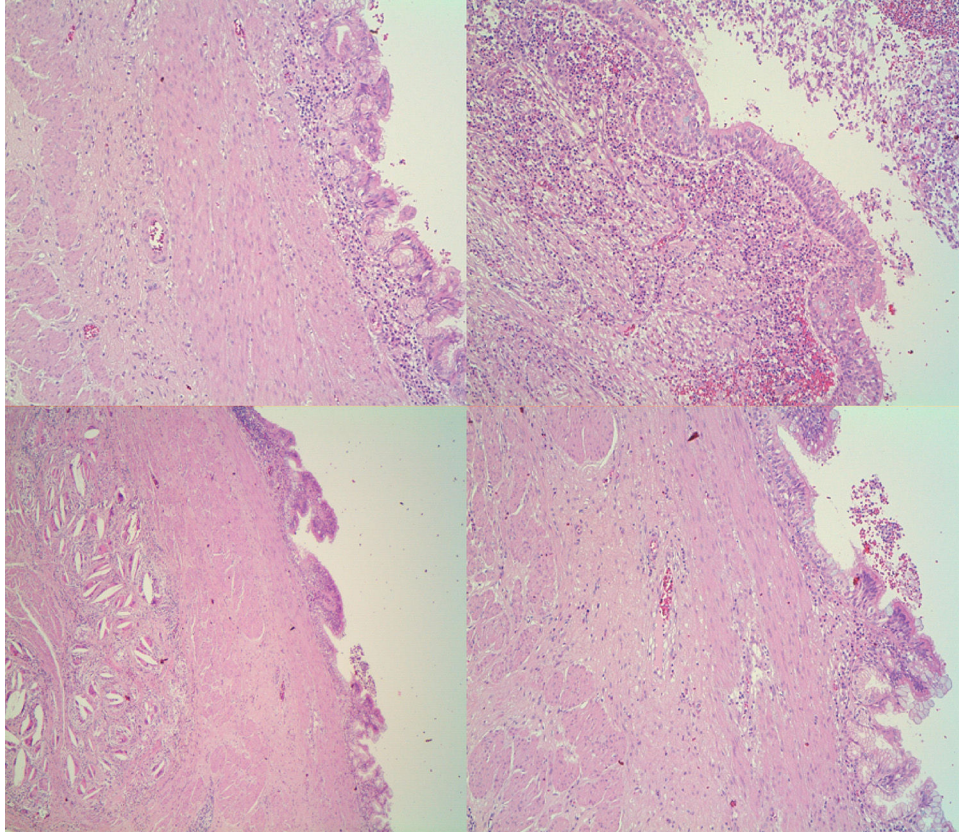
El objetivo de este artículo es describir un caso de QDG como hallazgo incidental en un adulto, de localización y características infrecuentes, que demuestra la dificultad diagnóstica preoperatoria de la entidad, principalmente en su diagnóstico diferencial con los tumores del estroma gastrointestinal (GIST).

Se trata de un varón de 45 años, sin antecedentes personales de interés, remitido ante el hallazgo incidental por tomografía axial computarizada de una lesión nodular hipodensa de 35 mm en la región del ligamento gastrohepático, adyacente a la curvatura menor gástrica, con calcificación lineal periférica, compatible con un quiste de duplicidad entérico como primera posibilidad (fig. 1). Clínicamente el paciente solo refería molestias epigástricas ocasionales tipo pinchazo.

Se realizó una esofagogastroscoopia con gastritis crónica inactiva antral como único hallazgo y 2 ecoendoscopias. En la primera, a nivel subcardial y dependiente de la muscular propia se visualiza lesión hipoecogénica de 29 × 24 mm, con una zona anecoica central sugestiva de necrosis y una línea de calcificación en su periferia que ocupa menos del 50% de la circunferencia. No se visualizaron adenopatías perilesionales.



**Figura 1 – Imágenes de tomografía axial computarizada.**



**Figura 2 – Tinción eosina-hematoxilina en la que se puede observar un epitelio de revestimiento estratificado columnar ciliado, y la pared quística con una capa muscular longitudinal y circular.**

La lesión, de extirpe subepitelial, fue sugestiva de GIST. Ante la discordancia de las anteriores pruebas se decidió repetir la ecoendoscopia, siendo sugestiva de GIST y completándose el estudio mediante una punción con aguja fina (22G en 3 pases). La biopsia es informada como extendidos de fondo mucohemático con algunos elementos inflamatorios y sin signos histológicos de malignidad. Finalmente se realiza un estudio gastroduodenal baritado donde se describe como único hallazgo un pequeño efecto de masa en la unión esofagogástrica. Los niveles séricos de Ca19.9, CEA y Ca 125 se encontraban dentro del rango normal.

Ante la sospecha de un GIST, pese a no tener confirmación histológica, tras valoración del caso en el Comité de Tumores Digestivos, se decidió realizar laparotomía. Intraoperatoriamente se evidenció una tumoración gástrica adyacente a la

unión esofagogástrica que no permitió realizar una resección parcial o atípica, necesitando una gastrectomía total con esofagoyeyunostomía en Y de Roux. El postoperatorio discursó sin incidencias y el paciente fue dado de alta el 9.º día postoperatorio.

En el estudio histológico de la pieza quirúrgica, macroscópicamente se observó en curvatura menor a una distancia de 1 cm de la unión esofagogástrica a nivel submucoso una lesión de  $2,6 \times 2,5 \times 2,5$  cm quística uniloculada de pared parcialmente calcificada. En los cortes histológicos la pared del quiste tenía revestimiento de epitelio de tipo respiratorio con calcificación parcial, con mucosa de transición de la unión esofagogástrica en continuidad con la lesión, sin signos de malignidad (fig. 2). El diagnóstico definitivo fue un QDG, sin evidencia de malignidad en los 17 ganglios aislados.

La tomografía axial computarizada abdominal y la RMN permiten identificar los QDG pero los errores diagnósticos con lesiones sólidas son frecuentes. La mayoría de los autores demuestran que la ecoendoscopia presenta mayor eficacia diagnóstica para estas lesiones, además de permitir mediante punción-aspiración la obtención de material histológico, fundamental para el diagnóstico diferencial y para descartar malignidad<sup>4</sup>. En nuestro caso las 2 ecoendoscopias realizadas fueron sugestivas de un diagnóstico erróneo.

El diagnóstico definitivo requiere una confirmación histológica según los criterios de Rowling: proximidad al tracto digestivo, un aporte sanguíneo común, una capa de músculo liso que comparte con la pared gastrointestinal y que se encuentre revestido por epitelio digestivo<sup>5</sup>. Sin embargo, se han descrito casos con mucosa heterotópica como mucosa pancreática y epitelio respiratorio como en el caso que se presenta.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con lesiones quísticas y con los GIST, siendo el diagnóstico definitivo obtenido por exéresis de pieza quirúrgica<sup>6</sup>.

En la actualidad no existe consenso en cuanto al tratamiento. En los casos sintomáticos, se recomienda la cirugía, sin discusión. En los casos asintomáticos, hay autores que también abogan por la exéresis quirúrgica por el riesgo de malignización (adenocarcinomas<sup>7</sup>, carcinoma escamoso y tumor neuroendocrino con diferente grado de malignidad) o complicaciones (sobreinfección, hemorragia, fístula, etc.), aunque estas sean anecdóticas<sup>8</sup>.

En los quistes mediastínicos Zambudio et al. proponen criterios para la escisión quirúrgica (sintomáticos, crecimiento progresivo, infección del mismo, características atípicas, etc.) que podrían extrapolarse a los QDG<sup>9</sup>.

- Kim DH, Kim JS, Nam ES, Shin HS. Foregut duplication cyst of the stomach. *Pathol Int.* 2000;50:142-5.
- Seijo Ríos S, Lariño Noia J, Abdulkader Nallib I, Lozano Leon A, Pérez-Quintanella V, Iglesias García J, et al. Quiste de duplicación gástrico: diagnóstico por punción-aspiración guiada por eco-endoscopia. *Rev Esp Enferm Dig.* 2008;9:586-90.
- Takenori Y, Makto F, Sayaka N, Tomonori W. An adult gastric duplication cyst mimicking a gastrointestinal stromal tumor. *Internal Med.* 2016;55:2401-4.
- Rowling JT. Some observations on gastric cysts. *Br J Surg.* 1959;46:441-5.
- Caballero-Díaz Y, Centeno-Haro M, Turégano-García A, Hernández-Hernández JR. Adult gastric duplication: An unknown condition within the spectrum of gastric submucosal lesions. *Rev Esp Enferm Dig.* 2017;109:589-91.
- Zheng J, Jing H. Adenocarcinoma arising from a gastric duplication cyst. *Surg Oncol.* 2012;21:e97-101.
- Ó'Donnell PI, Morrow JB, Fitzgerald TL. Adult gastric duplication cysts: A case report and review of literature. *Am Surg.* 2005;71:522-5.
- Zambudio AR, Lanzas JT, Calvo MJ, Fernández PJ, Paricio PP. Non neoplastic mediastinal cysts. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2002;22:712-6.

María García Nebreda<sup>a\*</sup>, Gloria Paseiro Crespo<sup>a</sup>,  
Eduardo Álvaro Cifuentes<sup>a</sup>,  
Elia Marqués Medina<sup>a</sup> y Ana Burdaspal Moratilla<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Cirugía General, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

<sup>b</sup>Anatomía Patológica, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

\*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [nebreda\\_maria@hotmail.com](mailto:nebreda_maria@hotmail.com)  
(M. García Nebreda).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.06.020>  
0009-739X/

© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Conflicto de intereses

Las autoras declaran no poseer conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abdulla M, Al Saeed M, Ameer SA, Nabar U. Adenocarcinoma arising from a gastric duplication cyst: A case report and literature review. *Int Med Case Rep J.* 2017;10:367-72.

# Estimulación preoperatoria del asa eferente de la ileostomía con ácidos grasos de cadena corta

## Stimulation the efferent limb before loop ileostomy closure with short chain fatty acids



Presentamos un estudio cuyo objetivo es conocer si la estimulación con una solución de ácidos grasos de cadena corta del segmento desfuncionalizado de una ileostomía (asa

eferente), previamente a la reconstrucción de tránsito, podría mejorar los resultados postoperatorios, en concreto disminuir la duración del íleo paralítico postoperatorio (definido como el