

Figura 2 Huevos de esquistosoma en una muestra de biopsia intestinal.

intestino, hígado o vejiga o mediante su aislamiento en heces u orina⁴, si bien esto último puede ser poco rentable como sugiere un trabajo en el que solo se identificaron huevos de *S. mansoni* en heces en el 11% de los pacientes con biopsias colónicas positivas⁵.

Todos los pacientes con evidencia de infección deben recibir tratamiento, incluso los asintomáticos⁶, empleándose habitualmente 40-60 mg por kilogramo de peso de praziquantel por vía oral.

Debido al importante incremento de la inmigración y de los viajes internacionales en los últimos años en nuestro país, deberíamos tener en cuenta algunas causas poco habituales en nuestro medio, como la infestación

por esquistosomiasis, en el estudio de una rectorragia en pacientes con factores de riesgo.

Bibliografía

1. Argemi X, Camuset G, Abou-Bakar A, Lucescu I, Forestier E, Christmann D, et al. Case report: rectal perforation caused by *Schistosoma haematobium*. *Am J Trop Med Hyg.* 2009;80:179-81.
2. Stephenson L. The impact of schistosomiasis on human nutrition. *Parasitology.* 1993;107 Suppl:S107-23.
3. Abe Y, Inamori M, Fujita K, Fujisawa T, Fujisawa N, Yoneda M, et al. Gastrointestinal: rectal polyp associated with schistosomiasis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2006;21:1216.
4. Elliott DE. Schistosomiasis. Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Gastroenterol Clin North Am.* 1996;25:599-625.
5. Rizzo M, Mansueto P, Cabibi D, Barresi E, Berneis K, Affronti M, et al. A case of bowel schistosomiasis not adhering to endoscopic findings. *World J Gastroenterol.* 2005;11:7044-7.
6. Brinkmann UK, Werler C, Traoré M, Doumbia S, Diarra A. Experiences with mass chemotherapy in the control of schistosomiasis in Mali. *Trop Med Parasitol.* 1988;39:167-74.

Maria Teresa Herranz Bachiller*, Pilar Diez Redondo, Paula Gil Simon y Sara Lorenzo Pelayo

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maiteheba@hotmail.com (M.T. Herranz Bachiller).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.06.007

Imagen endoscópica de una duplicación gástrica

Endoscopic image of a gastric duplication

Sr. Director:

Las duplicaciones congénitas del tubo digestivo son anomalías poco frecuentes detectadas habitualmente en la edad pediátrica¹, en el íleon terminal y en el yeyuno.

La duplicación gástrica, denominada también quiste de duplicación o quiste enterico es una de las más infrecuentes, representando el 3-4% de las duplicaciones². Presentamos las imágenes endoscópicas de un caso de duplicación gástrica.

Mujer de 69 años, diagnosticada de leiomioma gástrico 4 años antes, que es enviada para control. La paciente se encontraba asintomática. Se realizó gastroscopia, encontrando tumoración alargada de aproximadamente 5 cm (fig. 1) que se extendía en la cara posterior hacia curvatura mayor, llegando prácticamente al píloro. Se realizó ecoendoscopia (fig. 2), en la que se apreciaba cómo la lesión, con una ecogenicidad intermedia y zonas quísticas, se originaba en la submucosa descartándose por lo tanto un leiomioma.

La paciente fue intervenida realizándole enucleación de la tumoración. El informe anatomopatológico fue de lesión quística benigna, revestida de epitelio gástrico con cambios metaplásicos, fibrosis e infiltrado inflamatorio, datos diagnósticos de duplicidad gástrica.

La duplicación digestiva en el adulto representa solo el 5% de los casos³, siendo la gástrica la menos frecuente (3-4%)²⁻⁴ asociada en ocasiones a otras malformaciones bien digestivas, renales, vertebrales y del aparato genitourinario.

Estas anomalías se deben a alteraciones del desarrollo embrionario postulándose varias teorías que tratan de explicarla. El hecho de que la mayoría de los quistes de duplicación gástrica se desarrollen en la curvatura mayor⁵, a nivel distal (tan solo un 5% se desarrollan en la curvatura menor), se debe a que casi todos ellos se originan dorsalmente al intestino primitivo.

Predominan en mujeres. En la edad adulta, lo más frecuente es que el quiste de duplicación gástrica sea asintomático descubriéndose de forma accidental. Puede manifestarse como dolor abdominal, masa epigástrica, náuseas, vómitos, pancreatitis recidivantes⁶, HDA, fistulizaciones, oclusiones o suboclusión⁷.

La TAC y la RMN pueden identificar este tipo de lesiones, sin embargo pueden confundirse en un porcentaje muy alto

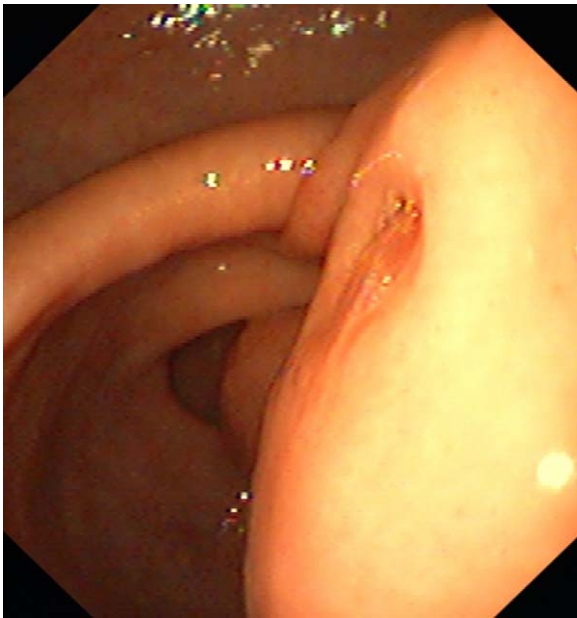


Figura 1 Detalle de la tumoración con píloro al fondo.

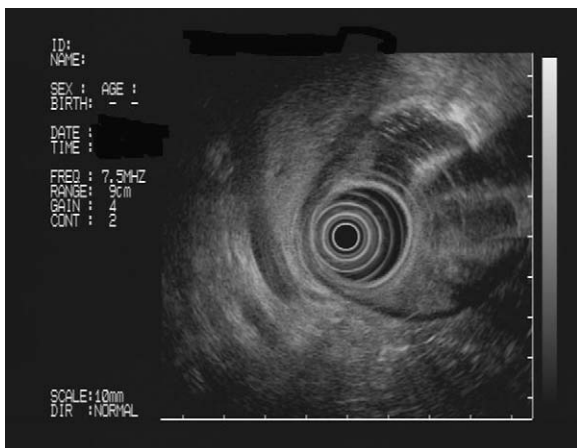


Figura 2 Ecoendoscopia de la lesión.

(70%) con lesiones sólidas⁸ motivado en ocasiones por el contenido en el interior del quiste de una sustancia proteinácea densa.

La gastroscopia visualiza estas lesiones como compresiones extrínsecas o bien tumores submucosos, siendo las biopsias que aporta negativas.

El uso de la ultrasonografía endoscópica ayuda para distinguir la relación de la lesión tumoral con la pared gastrointestinal (si se debe a una compresión o de que capa proviene) descartándonos otros procesos (como en nuestro caso, que la paciente estaba etiquetada de leiomioma),

nos permite también definir su relación con estructuras vecinas, descartándose además otras localizaciones con las que puede ser confundida esta entidad (quistes o tumores pancreáticos). Con esta técnica se puede obtener material por punción o biopsia para su estudio histológico, pero a pesar de ello su diagnóstico en ocasiones no puede ser precisado.

Aunque algunos autores recomiendan tratamiento expectante dado que la lesión se diagnostica en la mayoría de las ocasiones de forma accidental y su transformación maligna es muy escasa, otros (como en nuestro caso) prefieren el tratamiento quirúrgico (exéresis de la lesión)⁸ como prevención de complicaciones y de degeneración.

Bibliografía

1. Moya A, Orbis JF, Alberola C, San Juan F, Juan M, Mir J, et al. Duplicación gástrica en el adulto. Caso clínico. *Cir Esp*. 2000;68:498-500.
2. Farber EN, Balsara R, Vinocur CD, de Charaverian JP. Gastric duplication with hemoptysis: CT findings. *AJR Am J Roentgenol*. 1993;161:1245-6.
3. Chatel A, Bigot JM, Szjzman N, Jourde L, Cocheton JJ. Les duplications digestives de l'adulte. A propos de cinq observations. *J Radiol*. 1979;60:95-9.
4. Koltum WA. Gastric duplication cyst. Endoscopic presentation as an ulcerated astral mass. *Am Surg*. 1991;57:468-73.
5. Machado MA, Santos VE, Martino RB, Makdissi F, Canedo L, Bacchella T, et al. Laparoscopic resection of gastric duplication cyst. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2003;4:268-70.
6. Manuel Sánchez J, Sáez-Royuela M, Gil Seco JL, Pérez Álvarez JC, Galindo de la Plaza M, López Morante AJ. Pancreatitis aguda recidivante por duplicación gástrica. *Gastroenterol Hepatol*. 2002;25:455-7.
7. O'Donnell PL, Morrow JB, Fitzgerald TL. Adult gastric duplication cyst: a case report and review of literature. *Am Surg*. 2005;71:522-5.
8. Seijo Ríos S, Lariño Noia J, Abdulkader Nallib I, Lozano León A, Vieites Pérez-Quintela B, Iglesias García J, et al. Quiste de duplicación gástrica. Diagnostico por punción-aspiración guiada por ecoendoscopia. *Rev Esp Enferm Dig*. 2009;100:586-90.

Bartolomé García Pérez^{a,*}, Rocío García Paredes^b, Narvin Essouri^a, María Alajarin^a, Aquilino Albaladejo^a, Antonio Sánchez Torres^a y Luis Fernando Carballo Álvarez^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^b Sección de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: b.garciaperez@terra.es

(B. García Pérez).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.05.012