

Caso	(233) Quiste de duplicación enteral en paciente pediátrico: origen duodenal.
Autores	María Santos Urios, Julia Oliva, Eugenio Ruiz, Nuria Serra, Ana Llamas, Jose Miguel Castro
Centro	Hospital General De Alicante

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 2 años de edad que acude a Urgencias de Pediatría por cuadro de dolor abdominal y vómitos desde hace 72 horas, con empeoramiento en las últimas 24 horas. No presenta fiebre ni diarrea. A la exploración el abdomen es blando, sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destaca unos leucocitos de 15400/L con neutrofilia y una hemoglobina de 10.9 g/L.

Se solicitó al servicio de Radiología una ecografía abdominal urgente, donde se encontró como hallazgo principal una imagen de aspecto quístico situada en hipocondrio derecho, de unos 36 mm de eje mayor. Presenta un contorno con morfología de “doble pared” y una porción sólida avascular y móvil. Se realizó una RM a las 48 horas donde se detectó una disminución del tamaño de dicha estructura, con menor contenido en su interior, en relación con signos de vaciamiento.

La paciente fue operada de forma programada ante la persistencia de clínica. Durante la cirugía se visualizó una estructura quística adyacente al mesenterio de la cuarta porción duodenal. En la anatomía patológica se confirmó la sospecha diagnóstica: “formación constituida por pared intestinal incluyendo mucosa muscular y serosa y compatible con quiste de duplicación intestinal”.

DISCUSIÓN

El quiste de duplicación enteral o intestinal es una malformación congénita que consiste en una estructura esférica, o menos común tubular, compuesta por tejido epitelial intestinal y cubierta por una pared de mucosa muscular, adyacente a un segmento de intestino, que puede o no comunicar con la luz intestinal¹.

Pueden ocurrir en cualquier tramo del tracto digestivo desde la faringe hasta el recto, aunque el lugar más común es el íleon (33%) seguido del esófago (20%) colon (13%) yeyuno (10%) estómago (7%) y duodeno (5%). Los signos y síntomas dependen del tipo y la ubicación de la duplicación. Las duplicaciones gástricas e intestinales pueden producir náuseas, vómitos, distensión abdominal o masa abdominal palpable. El dolor abdominal recurrente es una de las formas de presentación más frecuentes y suele atribuirse a una alta presión dentro del quiste de duplicación por acumulación de secreciones. Las complicaciones más graves son la invaginación intestinal con obstrucción o el sangrado².

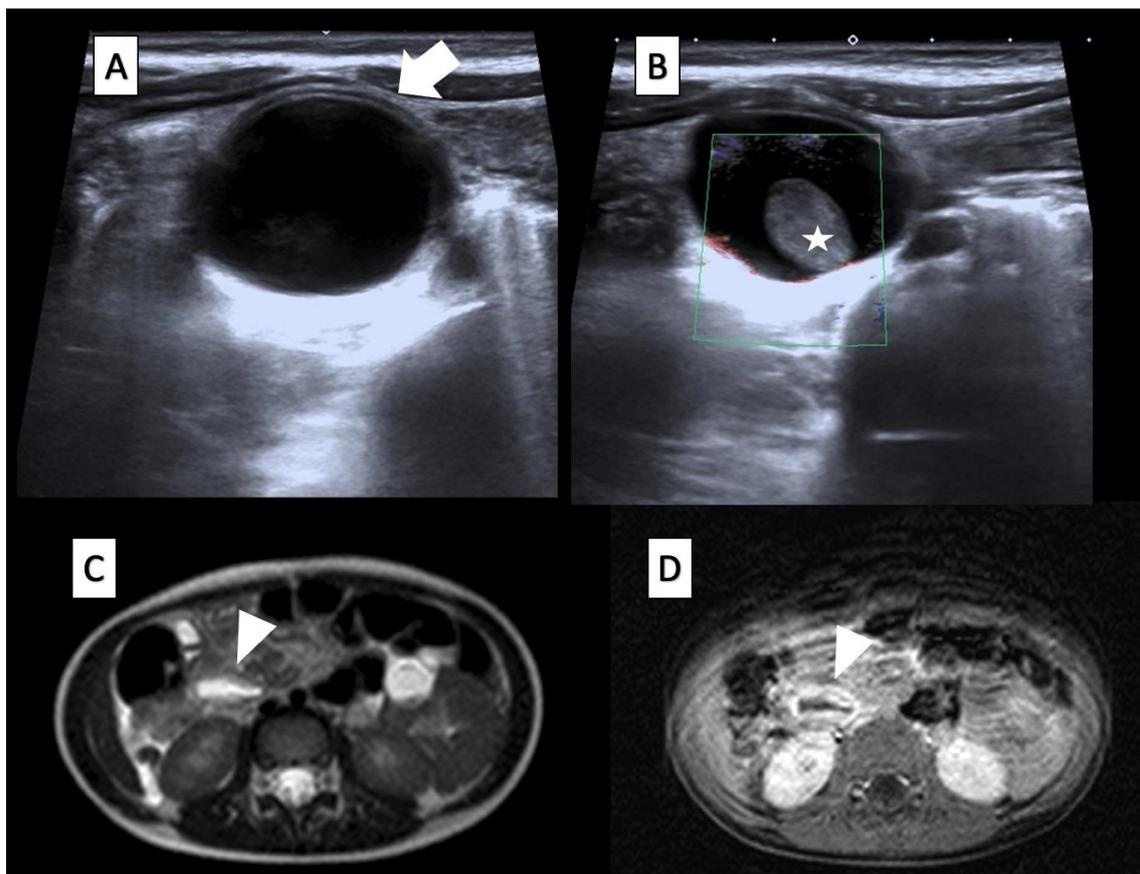
La ecografía es el método diagnóstico de elección, donde se identifica la presencia de un quiste en el borde mesentérico con el signo de la “doble pared” (pared mucosa y muscular) y “signo de la Y” que muestra la pared muscular compartida por el quiste de duplicación y el asa ileal. La resonancia magnética se reserva en principio para duplicaciones de esófago o recto que requieren una cirugía compleja³.

La indicación quirúrgica principal es la presentación clínica del paciente. Se realiza cirugía de emergencia en pacientes con fiebre, vómitos, distensión abdominal o peritonitis. La cirugía programada se realiza cuando los síntomas son más inespecíficos con imágenes concluyentes con el diagnóstico⁴.

En nuestro caso la paciente no presentaba criterios de abdomen agudo, con un dolor abdominal y vómitos que se controlaron con medicación, y sin signos de complicaciones más severas.

CONCLUSIÓN

El quiste de duplicación intestinal es una causa de dolor abdominal en la población pediátrica. Con la ecografía y la identificación del signo de “doble pared” y más específico el signo de la “Y” podemos llegar al diagnóstico sin necesidad de pruebas complementarias. En nuestro caso la resonancia se realizó para poder identificar el tramo del tracto digestivo del que dependía la duplicación. No obstante, sólo se pudo visualizar su origen en duodeno durante la intervención quirúrgica. Lo singular de nuestro caso radica en que duodeno supone el origen menos frecuente de todo el tracto digestivo. También supone algo inusual el vaciado del quiste que se produjo desde la ecografía a la realización de la resonancia.



A) Imagen de ecografía de la lesión quística localizada en hipocondrio derecho, con el signo de la “doble pared” (flecha rellena). B) Imagen de la misma lesión donde se identifica el contenido ecogénico y sólido en su interior (estrella) totalmente avascular C) Corte axial en secuencia T2 identificando una lesión quística con pared engrosada (cabeza de flecha) anterior al riñón derecho e inferior a la vesícula biliar, que corresponde con el quiste visible en ecografía pero con menor contenido líquido en relación con signos de vaciamiento. D) Corte axial a la misma altura que imagen C) pero en secuencia postcontraste tardía a los 10 min, donde se aprecia leve captación de las paredes del quiste, no pudiendo identificar el tramo de intestino del que depende la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. M.A. Tuner. General case of the day. Gastric duplication cyst communicating with an aberrant pancreatic duct. 1988 Mar;8(2):350-3. doi:10.1148/radiographics.8.2.3363198.
2. Sangüesa-Nebot C, Llorens-Salvador R, Carazo E, et al. Enteric duplication cysts in children: varied presentations, varied imaging findings. Insights Imaging. 2018 Dec; 9(6): 1097-1106. doi: 10.1007/s13244-018-0660-z
3. Sangüesa-Nebot C, Llorens-Salvador. Intestinal ultrasound in pediatrics. Radiología. 2021;63:291-304. doi: 10.1016/j.rxeng.2020.08.004
4. Li Xiang, Jiaming Lan, Bailin Chen, et al. Clinical characteristics of gastrointestinal tract duplications in children. Medicine (Baltimore). 2019 Nov; 98(44): e17682. doi: 10.1097/MD.00000000000017682