

Duplicación quística intestinal, del diagnóstico ecográfico al quirúrgico

 Angela Terrizzi,¹  Carolina Sandó,¹  Carlos Villegas,¹  Omleda Brencio.²

RESUMEN

Los quistes de duplicación intestinal son malformaciones raras, que ocurren durante el desarrollo embriológico del tracto gastrointestinal, tienen una incidencia de 1/4500 - 10 000 nacidos vivos. Pueden ocurrir a cualquier altura del tubo digestivo, se pueden presentar en dos formas, quísticas o tubular, la mayoría es quística (82 %), corresponde a un defecto en la recanalización del tubo digestivo, susceptible de diagnóstico de prenatal, cuyo tratamiento es la resección de la duplicación con anastomosis término terminal, depende del tamaño, la ubicación y su relación con la vía biliar; con un buen resultado posnatal.

Palabras clave: Quiste, Duplicación intestinal.

Intestinal duplication cysts, from ultrasound to surgical diagnosis.

SUMMARY

Intestinal duplication cysts are rare malformations that occur during the embryological development of the gastrointestinal tract, they have an incidence of 1/4500-10000 live births, they can occur at any height of the digestive tract, they can present in two forms, cystic or tubular, The majority is cystic (82%), corresponding to a defect in the recanalization of the digestive tract, susceptible to prenatal diagnosis, whose treatment is the resection of the duplication with terminal anastomosis, depending on the size, location and its relationship with the bile duct, with a good postnatal outcome.

Keywords: Cyst, Intestinal duplication.

INTRODUCCIÓN

Las duplicaciones en el aparato digestivo son un grupo infrecuente de malformaciones congénitas (0,1 % a 0,3 %) que pueden aparecer en cualquier parte del tubo digestivo. La expresión “duplicaciones en el aparato digestivo” la introdujo Ladd, en 1937, y se estima que tiene una incidencia de 1 caso por cada 4500 a 10 000 nacimientos (1).

A pesar de que su etiopatogenia no está debidamente definida, se han propuesto diversas teorías. Las que

hasta ahora cuentan con más apoyo de la comunidad científica son las que determinan su origen a partir de un divertículo intestinal persistente o debido a un defecto endodérmico durante el desarrollo embriológico, sin causa conocida que dé lugar a la división anómala de la notocorda. Se clasifican, morfológicamente, según sean quísticas o tubulares, únicas o múltiples o si tienen, o no, comunicación con la luz intestinal (1).

Según Salinas (2), en el año 1998, Long y cols. clasificaron las duplicaciones intestinales de acuerdo al tipo de irrigación de la malformación, su relación con el intestino delgado y su mesenterio. Se localizan a lo largo de todo el tubo digestivo, desde la boca hasta el ano. La ubicación más común de estas lesiones es a nivel ileal, seguido por el yeyuno y el esófago; solo entre un 5 % y un 7 % de las duplicaciones se presentan a nivel duodenal (3).

Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Unidad de Perinatología. ¹Especialista en Obstetricia y Ginecología – Perinatología. Residente del Programa de Especialización en Perinatología HUC. ²Especialista en Obstetricia y Ginecología – Perinatología. Adjunto docente del Programa de Especialización en Perinatología HUC. Correo para correspondencia: villegascarloseduardo85@gmail.com

Forma de citar este artículo: Terrizzi A, Sandó C, Villegas C, Brencio O. Duplicación quística intestinal, del diagnóstico ecográfico al quirúrgico. Rev Obstet Ginecol Venez. 2024;84(4):493-497. DOI: 10.51288/00840417

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 25 años de edad IIG, IA, quien consultó cursando con embarazo de 18 semanas más 3 días por fecha de última menstruación, negó antecedentes familiares y personales contributorios, así como hábitos tabáquicos, alcohólicos y drogas. Fue valorada por especialista foráneo quien evidencia hallazgo patológico en ecografía.

Acudió a la Unidad de Perinatología, realizándose ecografía morfológica del segundo trimestre. Se evidenció en abdomen fetal, por debajo del estómago y adyacente a la vejiga, una imagen hipocóica de bordes irregulares, que midió 14 x 13 mm, doppler negativo. Se corroboró inserción de cordón umbilical adecuada en abdomen fetal e integridad de la pared del mismo. No se evidenciaron otros hallazgos asociados. Se planteó probable patología gastrointestinal tipo quiste de duplicación intestinal (Figura 1-2).

Se realizó seguimiento donde se evidenció que la imagen anteriormente descrita aumentó de tamaño, y se lateralizó a la izquierda del abdomen fetal. Para ese momento, midió 35 mm x 21 mm, ubicada a nivel de asas intestinales ileales (Figura 3). A las 35 semanas, la imagen midió 76 por 75 mm, sacular, hipocóica, impresionaban haustras intestinales y peristaltismo presente (Figura 4).

La paciente ingresó a admisión obstétrica a las 37 semanas de gestación por presentar contracciones uterinas dolorosas y pérdida de líquido a través de genitales externos, se realizó cesárea segmentaria obteniéndose recién nacido vivo, quien lloró y respiró al nacer. Se observó el abdomen del neonato distendido, timpanizado, blando, depresible.

Se realizaron estudios complementarios, entre ellos radiografía de abdomen simple y tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis para confirmar el



Figura 1. Ecografía morfológica a las 18 semanas, se observa imagen hipocóica, irregular que mide 14 x 13 mm (T), vejiga (V).



Figura 2: Abdomen fetal indemne, inserción de cordón umbilical



Figura 3: 23 semanas de gestación, se observa imagen hipocóica de 35 x 21 mm a nivel de asas intestinales ileales



Figura 4: 35 semanas de gestación, 76 x 75 mm, sacular, hipoeoica, impresionan haustras intestinales y peristaltismo presente

diagnóstico prenatal, donde se evidenció dilatación de asas intestinales en hemiabdomen superior y ausencia de patrón aéreo (Figura 5 - 6). Fue valorado por cirugía pediátrica, quien en vista de los hallazgos decidió



Figura 5: Radiografía de abdomen simple en suspensión: se evidencia dilatación de asas intestinales en hemiabdomen superior, con evidencia de nivel hidroaéreo, planteándose obstrucción intestinal

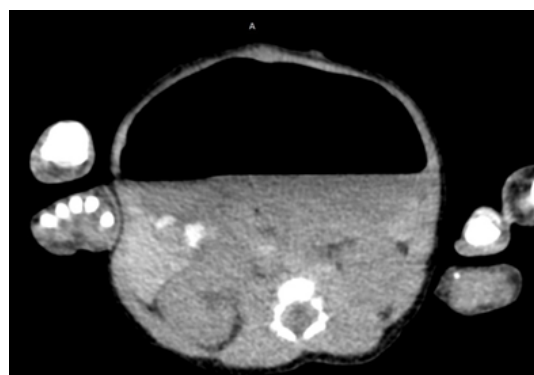


Figura 6: Tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis, en corte sagital y axial sin administración de contraste endovenoso, con contraste oral, se evidencia dilatación que se extiende desde cardias, hasta íleon, con evidencia de nivel hidroaéreo sugestivo de obstrucción intestinal

llevar a mesa operatoria realizándose laparotomía exploradora. Entre los hallazgos, se describió dilatación intestinal que abarcaba desde el yeyuno hasta parte del íleon distal, de aproximadamente 40 cm, que compartía el mismo mesenterio con el intestino delgado duplicado, lo cual llevó a obstrucción intestinal; el resto del intestino desfuncionalizado, por lo que se corroboró el diagnóstico de duplicación intestinal; además se encontraron bandas de Ladd, las cuales son bandas fibrosas que se asocian a malrotación intestinal y producen obstrucción intestinal a nivel del duodeno (Figura 7).



Figura 7: Dilatación intestinal que abarca desde el yeyuno hasta parte del íleon distal, bandas fibrosas de Ladd

Posterior a la cirugía, el neonato es trasladado a la unidad de cuidados intensivos neonatales para manejo posoperatorio presentando compromiso ventilatorio de difícil manejo, por lo cual falleció.

DISCUSIÓN

Los quistes de duplicación intestinal se definen como malformaciones raras formadas durante el desarrollo embriológico del tracto gastrointestinal. Estas lesiones están adheridas al tracto gastrointestinal y poseen una capa de músculo liso revestido de mucosa. Aunque pueden estar presentes en cualquier segmento del tracto gastrointestinal, son más frecuentes en el íleon y el yeyuno, seguidos del colon y el esófago (4).

Muchas teorías se han propuesto sobre el origen embriológico de las duplicaciones intestinales, ninguna de ellas absolutamente concluyente. A pesar de que algunas explican el desarrollo de las duplicaciones en diferentes segmentos específicos del tracto digestivo, ninguna puede explicar satisfactoriamente el origen

de todas las duplicaciones. Actualmente la teoría más aceptada es la que las relaciona con el conducto neuroentérico, que sostiene que las duplicaciones digestivas se formarían por persistencia del conducto neuroentérico (orificio transitorio que comunica, en el embrión trilaminar el ectodermo con el endodermo). Este defecto embriológico sería el responsable de otras anomalías que son englobadas bajo la denominación del síndrome de la notocorda hendida (5).

En el año 1998, Long y otros, clasificaron las duplicaciones intestinales de acuerdo al tipo de irrigación de la malformación, su relación con el intestino delgado y su mesenterio. Las duplicaciones intestinales tipo 1 son las que se encuentran a un lado del mesenterio y las arterias que las irrigan transcurren paralelas e independientes a la vascularización intestinal. Las duplicaciones tipo 2, son las que se encuentran en el medio de ambas cubiertas peritoneales del mesenterio y su irrigación proviene de las arterias que irrigan el intestino y que rodean ambas superficies de la duplicación (2, 6).

Estas deben de cumplir tres características: presencia de una pared bien desarrollada de músculo liso; recubrimiento epitelial representando algunas porciones del tubo digestivo primario o heterotópico; y adherencia a alguna parte del tubo digestivo, con o sin comunicación con la luz intestinal (6).

Es una patología susceptible a diagnóstico prenatal, se presentan, diagnostican y resuelven en los primeros años de la vida, la mayoría de ellas antes de los 2 años de vida (2). El tratamiento es la resección de la duplicación con anastomosis término terminal con un buen resultado posnatal (7). Se debe hacer seguimiento, especialmente en pacientes con duplicaciones duodenales, dado el riesgo de que se produzca pancreatitis por la proximidad de la vía biliar o pancreática, además puede presentarse sangrado recurrente después de la resección incompleta de la mucosa, sin embargo, la resección elimina el riesgo de transformarse en una patología potencialmente maligna (8, 9).

CONCLUSIÓN

Las duplicaciones intestinales son anomalías infrecuentes del desarrollo embriológico del tracto gastrointestinal y se presentan habitualmente en la infancia. El diagnóstico puede ser realizado en período prenatal en el control de rutina del embarazo. Pueden ser asintomática o presentar una diversidad de síntomas en relación con la localización, la edad del paciente o complicaciones de la duplicación. Los estudios diagnósticos complementarios que pueden utilizarse son: ecografía pre- o posnatal, tomografía axial computada con contraste, resonancia nuclear magnética, estudios contrastados radiológicos y endoscopia digestiva. El tratamiento es una resección de la duplicación con anastomosis término terminal, la cual puede ser realizada por vía laparoscópica, con buen resultado posnatal.

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Luque-González P, Lozano-Vidal M, Gómez-Ortiz C, Corrales-Gutiérrez I, Limones-Jiménez S. Intestinal duplication and prenatal differential diagnosis of intra-abdominal cysts. *Ginecol Obstet Méx.* 2023;91(3): DOI: 10.24245/gom.v91i3.7868
2. Salinas VA, Fajardo GY, Moreno AM, Mendoza LG, Gía CG. Duplicación intestinal en la primera porción del duodeno en neonato. *Rev Cubana Cir [Internet].* 2019 [consultado 30 de agosto de 2024];58(4):e668. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932019000400009&lng=es.
3. Ramallo S, Casal I, Lema A, Gómez MA. Neonatal pyloroduodenal duplication cyst. A case report. *An Sist Sanit Navar.*2021;44(3): 463-468. DOI: 10.23938/ASSN.0980
4. Barragán-Arévalo V, Echeverri-Restrepo V, Jiménez I, Peña R. Quiste de duplicación duodenal en un paciente pediátrico. Reporte de caso. *Rev Colomb Cir.* 2023; 38(4):741-746. DOI: 10.30944/20117582.2256
5. Cárdenas MA, Vásquez F, Betancourth-Alvarenga JE, Centeno M, Murcia FJ, Paredes RM. Duplicaciones intestinales, nuestra experiencia. *Cir Pediatr [Internet].* 2016 [consultado 30 de agosto de 2024]; 29: 54-57. Disponible en: https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2016_29-2_54-57.pdf
6. García D, Gonzáles Y, Esquivel L, Armenteros A. Duplicidad intestinal con diagnóstico ecográfico. Presentación de un caso. *Medisur [Internet].* 2023 [consultado 30 de agosto de 2024]; 21(2): 443-449. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000200443&lng=es.
7. Pérez M, Carrasco A, Cabrera C, Pérez E, Félix E, Toral E. Duplicaciones del tracto gastrointestinal en niños. Presentación de dos casos. *Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral (HIRRC), República Dominicana. Ciencia y Salud.* 2020;4(1):79-85. DOI: 10.22206/cysa.2020.v4i1.pp79-85
8. Prieto RG, Carvajal GD, Mahler MA, Upegui D, Borráez B. Duplicaciones de las vías digestivas. *Rev Colomb Cir.* 2018;33:198-205. DOI: 10.30944/20117582.62.
9. Philip J, Miller N, Cocieru A. Obstructing Duodenal Duplication Cyst. *Am Surg.* 2023;89(4):1102-1103. DOI: 10.1177/0003134820956282.

Recibido 9 de septiembre de 2024

Aprobado para publicación 30 de octubre de 2024