

11210  
13  
2ej

RECIBO DE LA BIBLIOTECA  
ASTORIA FEB 27 1988

HOSPITAL REGIONAL  
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS  
I. S. S. S. T. E.  
duplicación INTESTINAL

Presentación de tres casos  
CIRUGIA PEDIATRICA  
Estudio retrospectivo

presenta:

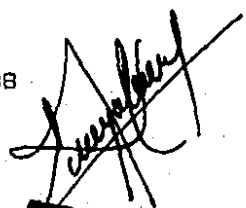
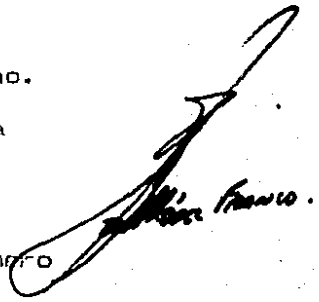
Dr. Julio F. Reyna Marzano.  
RS de Cirugía Pediátrica

Asesor:

Dr. Guillermo González Romero  
Jefe del servicio de Cirugía Pediátrica

H.R.L.A.L.M.

FEBRERO DE 1988



TESIS CON  
FEB 27 1988



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## RESUMEN

Las duplicaciones del tracto digestivo han sido motivo de controversia inclusive por su nomenclatura, aceptándose tal término en 1937. En el presente trabajo mostramos la casuística de los últimos 18 meses en el servicio de cirugía pediátrica de nuestro hospital, en el cual se siguieron las técnicas habituales descritas en la literatura, con excelentes resultados.

Los casos presentados fueron una duplicación total de colon y dos formaciones quísticas. Una de estas últimas provocó una urgencia quirúrgica por obstrucción intestinal, que fué resuelta en forma adecuada.

## SUMMARY

The duplications of Gastrointestinal Tract has been issue of controversies even for their denomination. The term was accepted in 1937. In this paper we pretend to show three cases of the last eighteen months received in the service of Pediatric Surgery of our Hospital. They were managed as described in literature, with encouraging results.

The subject cases consisted in a complete colonic duplication, and two cystic malformations. One of those last was presented as a surgical emergency due to intestinal obstruction, which was successfully resolved.

**GENERALIDADES :**

Duplicación de vías digestivas , término acuñado por Ladd en 1937 para simplificar la nomenclatura de estas anomalías .

Las duplicaciones pueden ser de forma quística o alargada, con la característica de tener mucosa digestiva (gástrica o pancreática) y paredes de músculo liso. Se han visto en forma única o con múltiples duplicaciones y a menudo coexistiendo con otras malformaciones congénitas. No se ha demostrado tendencia familiar, siendo el sitio de presentación más frecuente la porción Yeyunoileal, siguiendo la porción cólica y en estas raramente se presenta la duplicación completa.

Por su alta frecuencia de presentación asintomática, no se reporta su incidencia en la población general.

**EMBRIOLOGIA**

Esta alteración ocurre entre el décimo y el vigésimo primer día de la gestación, por falla del Endodermo para separarse de la Mitochondria sobreexpuesta siendo su crecimiento subsiguiente, el de una banda de células endodérmicas fijada al intestino normal en el extremo caudal y hacia la notocorda del extremo craneal diferenciándose en una estructura tubular similar al intestino en el lado mesentérico.

## OBJETIVOS

El propósito de este trabajo es mostrar la experiencia del servicio en el manejo , diagnóstico y terapéutica instituida y comparar la evolución y los hallazgos reportados con la literatura .

## MATERIAL Y METODOS

En el lapso de 18 meses se atendieron tres casos en el servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE. Dos de ellos lactantes menores y el tercero, un recién nacido. Todos ellos con diagnóstico de ingreso diferente al de duplicación intestinal, por lo que fueron sometidos a estudio clínico y apoyo intencionado de laboratorio y gabinete. Al completar estos, fueron sometidos a laparotomía exploradora con seguimiento posterior en la consulta externa de la unidad.

## CUADRO CLINICO.

La característica más común es la presencia de una masa abdominal, la cual se puede acompañar de dolor al surgir alguna complicación como oclusión intestinal, vólvulo, invaginación, úlcera o perforación.

El vómito se puede presentar como resultado de las complicaciones ya mencionadas o por compresión de las asas vecinas.

En caso de presentarse sangrado, éste tiene una similitud al del Divertículo de Meckel, ya que es repentino, intenso e indoloro.

## LABORATORIO

Los estudios de mayor utilidad serán de acuerdo a la presentación clínica de la patología aguda, siendo de primer orden la monitorización de la fórmula roja y tiempos de sangrado. El gabinete es pieza fundamental en el diagnóstico, ya que a través del estudio simple o contrastado de abdomen podemos sospechar o comprobar la presencia de masa abdominal. En la radiografía simple de abdomen en posición de pie se puede apreciar el efecto de masa y si existen complicaciones encontraremos hallazgos como dilatación de asas intestinales niveles hidroaéreos por bloqueo mecánico y/o presencia de aire libre por perforación. Para determinar la existencia de mucosa ectópica contamos con el estudio gamagráfico de tecnecio 99. En algunos casos es difícil la identificación de la patología por su similitud anatómica y su comunicación con el tracto digestivo por lo que tenemos que recurrir a la Tomografía Axial Computarizada simple o con medio de contraste, la cual en nuestra experiencia fué determinante para identificar la patología.

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

Las duplicaciones quísticas se deben extirpar por completo, junto con el segmento vecino, ya que son alimentados por los mismos vasos sanguíneos.

Cuando la duplicación es tubular, sin datos de obstrucción distal o con una terminación aberrante de uno o de los dos conductos, obliga a corrección quirúrgica.

Se efectúa una anastomosis distal de ambos conductos para formar una sola cámara. Cuando corresponden a tubo digestivo alto, inclusive hasta ileon terminal, frecuentemente se incluye mucosa ectópica la cual se deberá eliminar por completo para evitar hemorragia por úlcera péptica.

#### MANEJO POSTOPERATORIO Y PRONOSTICO

El manejo y la evolución estará determinada por el proceso quirúrgico realizado, siendo factor determinante el soporte hídrico, electrolítico, calórico y protéico parenteral en tanto no se restablezca la vía oral. La descompresión de la vía digestiva a través de una sonda nasogástrica dependerá del restablecimiento del peristaltismo intestinal. Cuando la duplicación es quística y antimesentérica la resección no comprometerá el asa vecina, por lo que el ileo secundario por manipuleo de asas generalmente no es mayor de 36 hrs. Si se efectúa resección de la duplicación con el asa vecina o enterotomía para resección de la mucosa ectópica o comunicación de los segmentos tubulares, el manejo deberá sostenerse durante cinco días para asegurar la cicatrización del sitio de la anastomosis o enterotomía.

El pronóstico será en función del tamaño de la porción reseçada y si éste afecta o no al tránsito digestivo, siendo generalmente aceptable para la vida y la función.

## PRESENTACION DE LOS CASOS

## CASO 1

Femenina recién nacida producto de gesta XI, Para XI con embarazo normoevolutivo, parto eutócico, Apgar de 9/9, Silverman de 0 y peso 3.225 Kg. Con evolución clínica asintomática, excretas e ingestas presentes y normales.

Exploración física: pie talo congénito derecho; periné con doble vagina, separada por un tabique cutáneo, cada uno con labios menores y orificio uretral, donde se aprecia salida de meconio por vagina izquierda, surco interglúteo desviado hacia la izquierda, ano hacia el mismo lado, se palpa tumoración abdominal como de 5 cm de longitud y diámetro de 2 cm sobre la línea media. Se efectúa urografía excretora mostrando doble sistema colector derecho, doble vejiga, cada una drena a su propia uretra; fistula vesicorrectal del lado derecho. Se programa al año de edad para laparotomía exploradora con corrección en varios tiempos de las múltiples malformaciones.

Laparotomía exploradora: Se aprecia duplicación total de colon hasta sigmoides terminando el tubo antimesentérico en vagina derecha por una fistula y el mesentérico en el ano, se reseca la fistula y se cierra en dos planos, se comunica la duplicación tubular reseándose aproximadamente 8 cm. de el tabique central. Se concluye la cirugía con una sigmoidostomía para en un segundo tiempo efectuar plastia de aparato urinario.

El estudio histopatológico del tabique reseado reporta



mucosa de colon.

Se efectua estudio gamagráfico con Tecnecio 99 , el cual descarta mucosa gástrica ectopica

## CASO II

Masculino lactante menor de 7 meses de edad con antecedente de ser producto de Gesta I Para I con embarazo normoevolutivo, parto eutócico y peso al nacer de 3.450 Kg., Apgar de 8/9.

Asintomático respecto al tracto digestivo , hasta 24 horas previas a su ingreso a urgencias pediátricas, manifestando irritabilidad, distensión abdominal fiebre y vómito en dos ocasiones de contenido gástrico.

A la exploración física se aprecia regularmente hidratado con abdomen globoso, tenso, doloroso a la palpación media a profunda con una masa palpable en fosa iliaca derecha de aproximadamente 4 cm. de longitud la cual es poco desplazable. La sonda nasogastrica drena material de características biliares . Se toma estudio radiológico de abdomen en posición de pie, se observan datos de suboclusión intestinal manifestados por dilatación de asas intestinales y niveles hidroaereos en fosa iliaca derecha .

Laparatomía exploradora: Se aprecia el ciego y el ileon terminal dilatados, con una masa intraluminal en ciego obstruyendo la válvula ileocecal, no desplazable adherida a la luz del ciego. Se efectúa hemicolectomía derecha, cursa con posoperatorio sin complicaciones .

El reporte del estudio anatomopatológico muestra duplicación de tubo digestivo con mucosa gástrica.

### CASO III

Femenina lactante menor de 54 días de vida extrauterina a su ingreso con antecedentes de ser producto de Gesta I, Para I de embarazo normoevolutivo con parto eutócico, Apgar de 8/9 y un peso de 3.100 Kg.

Inicia su padecimiento a los 15 días de vida, caracterizado por vómitos posprandiales, los cuáles aumentan en cantidad y frecuencia siendo diagnosticada enfermedad por reflujo, instituyéndose manejo médico, con mala evolución. Se traslada a nuestra unidad en donde se palpa una masa epigástrica como de 2 cm. de diámetro discretamente desplazable se somete a laparatomía exploradora con el diagnóstico de Hipertrofia Pilórica encontrándose una masa de aproximadamente 4cm de longitud, transversa sobre la porción correspondiente a duodeno, la cuál tiene comunicación con este último, se aprecia hígado transverso y cámara gástrica apenas identificable en su curvatura mayor la cuál no es mayor de 2 cm. de longitud, diagnosticándose Microgastria congénita.

Debido a las condiciones del paciente se suspende la cirugía siendo sometida a una nueva laparotomía 30 días después en donde se reseca la tumoración, cerrándose su comunicación con el duodeno en dos planos, identificándose tanto macroscópicamente como por colangiografía transoperatoria las vías biliares las cuales son de características

normales. El reporte histopatológico reporta duplicación digestiva con mucosa gástrica antral y pancreática. El paciente actualmente en tratamiento médico para la microgastria congénita.

#### DISCUSION

La frecuencia de la patología al igual que en la literatura no la podemos determinar ya que la mayoría cursan asintomáticas. Se deberá efectuar una mejor exploración física en todo neonato para pronto diagnóstico, ya que en dos de nuestros tres pacientes la palpación de la masa abdominal se efectuó a los 54 días de vida en uno y a los 7 meses en el otro. Ante toda masa abdominal se deberán realizar estudios de gabinete para determinar su probable etiología, siendo la tomografía axial computarizada con medio de contraste, el estudio de elección, ya que el tránsito intestinal con bario, por poseer la patología, buscada una situación anatómica y morfología digestiva dificulta su interpretación. Así también, previo a someterse al tratamiento quirúrgico definitivo, se buscará con Tecnecio 99 (Tc99), la presencia de mucosa ectópica lo cual nos dió una certeza diagnóstica del 100% al compararlo con el reporte histopatológico de la pieza quirúrgica. Todo abdomen agudo con sospecha de masa abdominal se someterá a laparatomía exploradora en cuanto la condición del paciente lo permita, siendo el diagnóstico transoperatorio. Por lo que todo paciente con masa abdominal deberá someterse a laparatomía exploradora programada o de urgencia, para

tratamiento quirúrgico definitivo.

#### CONCLUSIONES

La experiencia obtenida en nuestro servicio es proporcionalmente similar en volumen, comportamiento clínico, tratamiento y evolución que la reportada en la literatura mundial ante lo que concluimos.

1.-Cursan con mayor frecuencia asintomáticas.( 2:1 en nuestra casuística).

2.-Dentro del estudio de toda masa abdominal deberá contemplarse la duplicación del tracto digestivo.

3.-Si el hallazgo es fortuito, se deberá descartar la existencia de mucosa ectópica.

4.-Al comprobarse la existencia de mucosa ectópica deberá researse en su totalidad para evitar complicaciones.

5.-Cuando la duplicación se presente en forma quística, se researá en su totalidad.

6.-En duplicaciones totales de colon se deberá comunicar los dos segmentos a través de la resección del tabique que actúa como pared común.

7.-Se deberá instituir tratamiento oportuno al presentarse alguna de las complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Coran B. Surgery of the neonate. Little Brown and Company Boston. 1979.
- 2.-Holder T. Cirugia pediátrica. Interamericana, México 491-502, 1984.
- 3.-Nixon. Operative Surgery. Butterworths Ed. London 79-87 1978.
- 4.-Ravitch. Pediatric Surgery. Year Book Medical. Chicago Vol. 2 911-926, 1986
- 5.-Skandalakis J. Complicaciones anatómicas en cirugía general. Mc. Graw-Hill. México 204-205 1984.
- 6.-Welch. Complications of Pediatric Surgery. W. B. Saunders Company. Philadelphia 289, 1982.