



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"

Duplicación gástrica en recién nacido. A propósito de un caso.

TESIS:
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
NEONATOLOGA

PRESENTA:
Dra. Karen Meléndez Sagaón

Residente de Neonatología. Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

ASESOR DE TESIS

DR. MARIO PINEDA OCHOA

Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Ciudad de México, Noviembre 2017.



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.

Duplicación gástrica en recién nacido. A propósito de un caso.

DR. MARIO PINEDA OCHOA

Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

DRA. MARIA TERESA CHAVARRIA JIMENEZ.

Coordinadora de Enseñanza del Área de Pediatría. Hospital General de México
"Dr. Eduardo Liceaga".

DR. LINO EDUARDO CARDIEL MARMOLEJO

Director de Educación y Capacitación en Salud, Hospital General de México "Dr.
Eduardo Liceaga".

Duplicación gástrica en recién nacido. A propósito de un caso.

ASESOR DE TESIS:

DR. MARIO PINEDA OCHOA

Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

..

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS...Por darme fortaleza para seguir adelante en algo que es una meta más que se está cumpliendo. Gracias por estar en mi camino junto a mí y mi familia.

A MI HERMOSA FAMILIA... por apoyarme en todo momento, sin ustedes no hubiera podido concluir esta meta. Son mi motor a seguir. A ti mi compañero de vida por confiar de mí en cada momento, por escucharme en mis experiencias, tanto en días de alegría como en los más difíciles, dándome consejos. A mi KARENCITA y mi BEBE nuestras semillitas, mis más grandes motivos de seguir adelante en mi vida tanto profesional como personal, ustedes me han enseñado el amor más grande que un ser humano puede tener, tan grande pero inexplicable.

DEDICADO EN ESPECIAL A TI CARLITOS Y TU MAMI... Porque tú fuiste el motivo principal para la travesía de la pediatría y neonatología, comprendiendo el tesoro que son los neonatos para sus padres. Gracias por ser mis ángeles en el cielo.

“Si tienes una motivación encontrarás el camino, tu sacrificio y esfuerzo serán los que te ayuden a recorrerlo.”

ÍNDICE

	Página
1. RESUMEN.....	5
2. JUSTIFICACION.....	7
3. OBJETIVO.....	7
4. INTRODUCCION.....	8
5. CASO CLINICO.....	8
6. DISCUSION.....	9
7. REFERENCIAS.....	12
8. FIGURAS.....	13

Duplicación gástrica en recién nacido. A propósito de un caso.

Gastric duplication in a newborn. About a case.

Resumen

La duplicación gástrica representa el 7% de las malformaciones congénitas del tubo digestivo, es una patología congénita poco frecuente, pero puede presentarse en el periodo neonatal y la niñez. Dentro de las teorías que explican la formación de las duplicaciones intestinales destaca la recanalización aberrante de la luz intraluminal. Por lo general, son asintomáticas y constituyen un hallazgo por técnicas de imagen. La duplicación gástrica debe ser considerada entre los diagnósticos diferenciales en los pacientes con dolor abdominal e imagen “quística” en la región epigástrica y el tratamiento es siempre quirúrgico. Se presenta un caso sobre un recién nacido de término con imagen quística prenatal y masa abdominal al nacimiento, con abordaje por imagenología, diagnóstico transquirúrgico confirmatorio por patología. El objetivo de este trabajo es presentar la duplicación gástrica como causa poco frecuente de masa palpable, por lo que debe considerarse como diagnóstico diferencial.

(Palabras clave: duplicación gástrica; masa abdominal; imagen quística)

Summary

Gastric duplication represents 7% of congenital malformations of the digestive tract. It is a rare congenital disease, but it may occur in the neonatal period and in childhood. Within the theories that explain the formation of the intestinal duplications, the aberrant recanalization of the intraluminal light stands out. They are usually asymptomatic and constitute a finding by imaging techniques. Gastric duplication should be considered among differential diagnoses in patients with abdominal pain and cystic image in the epigastric region and treatment is always surgical. We present a case on a newborn with cystic prenatal image and abdominal mass at birth, with an imaging approach, confirmatory transsurgical diagnosis by pathology. The objective of this study is to present gastric duplication as a rare cause of palpable mass, so it should be considered as a differential diagnosis.

(Keywords: gastric duplication; abdominal mass; cystic image)

JUSTIFICACION

La duplicación gástrica es una patología congénita poco frecuente, se dice que aproximadamente representa el 7% de las malformaciones en el tubo digestivo, La causa se debe a una falla embrionaria en la recanalización del tubo digestivo primitivo. La presentación más frecuente de esta malformación es dolor abdominal y masa palpable abdominal. Por lo general, son asintomáticas, se sospechan a través de hallazgos por técnicas de imagen, ecografía y la tomografía axial computada (TAC) son de utilidad para la sospecha diagnóstica, permiten definir la localización de la masa y las relaciones con las estructuras vecinas. La duplicación gástrica debe ser considerada entre los diagnósticos diferenciales en los pacientes con dolor abdominal e imagen “quística” en la región epigástrica. El tratamiento es siempre quirúrgico. A pesar de que a nuestro paciente se le realizaron estudios de extensión (radiografía simple de abdomen, USG y TAC de abdomen), como abordaje terapéutico, el diagnóstico se realizó hasta el momento de la cirugía.

OBJETIVO

En el caso clínico, se realizó al paciente diagnóstico de tumoración abdominal prenatal, se consideraron otros diagnósticos diferenciales tales como quiste ovárico o mesentérico; el objetivo de este trabajo fue presentar la duplicación gástrica como diagnóstico diferencial de tumoración abdominal pre o posnatal e imagen quística en la región epigástrica, para un abordaje diagnóstico temprano y tratamiento quirúrgico oportuno.

INTRODUCCIÓN

La duplicación gástrica corresponde a una entidad clínica poco frecuente. La causa se debe a una falla embrionaria en la recanalización del tubo digestivo primitivo ^(1,4,5). La mayoría se localiza en la región antropilórica, en el borde mesentérico y no tiene comunicación de su lumen con el estómago ⁽³⁾. La presentación más frecuente de esta malformación es dolor abdominal y masa palpable ⁽³⁾. La ecografía y la tomografía axial computada (TAC) son de utilidad para el diagnóstico, permiten definir la localización de la masa y las relaciones con las estructuras vecinas ^(1,3,5,7). Entre los diagnósticos diferenciales se pueden mencionar, principalmente a los quistes de colédoco, linfangiomas mesentéricos y otras duplicaciones intestinales ^(5,6,7,8). El tratamiento es quirúrgico y la cirugía laparoscópica constituye una alternativa muy valiosa ^(1,8).

CASO CLÍNICO

Recién nacida a término obtenida por cesárea con peso de 2450grs y Apgar de 8/9. Con antecedente de ultrasonido prenatal a las 16SDG con reporte de tumoración quística abdominal compatible con un probable quiste de ovario.

Clínicamente asintomática. En el examen físico al nacimiento con distensión abdominal leve, se palpó una masa subdiafragmática de consistencia blanda, que ocupaba todo el hipocondrio derecho. En la radiografía simple de abdomen (figura 1), se observa una imagen de radioopaca en el hemiabdomen derecho que desplaza asas intestinales al lado izquierdo y dilatación gástrica. El ultrasonido abdominal (figura 2) mostró una imagen en el flanco derecho y fosa iliaca derecha, de bordes bien delimitados de 5.2x5.1x4.1cm en sus ejes mayores con volumen aproximado de 60.9cm³, compatible con probable quiste de origen mesentérico u ovárico. En la tomografía computarizada (TC) (figura 3) se observa tumoración abdominal-pélvica derecha, redondeada, de contornos regulares y pared delgada que desplaza asas intestinales hacia la izquierda de la línea media, su pared es delgada, su interior es homogéneo, con densidad líquida, dimensiones de

5.3x5.2x4.5cm. sin reforzamiento con medio de contraste; con diagnóstico probablemente de quiste de ovario derecho. Se realizó una laparoscopia diagnóstica identificando tumoración en corredera parietocolica derecha recubierta de epiplón, en continuidad al estómago por lo que se decide convertir a laparotomía, observándose tumoración 6x5x6cm, compartiendo pared con antro pilórico y duodeno, se punciona tumoración drenando 40mm de líquido cetrino, se resecó por completo la lesión que compartía pared con la pared del antro y la segunda porción del duodeno. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de quiste gástrico compatible con duplicación gástrica tamaño 4x2x2cm derivado únicamente de mucosa gástrica.

En el postoperatorio con buena evolución, sonda orogástrica a derivación, nutrición parenteral, y reinicio de alimentación oral a los 7 días; se egresó sin complicaciones al tolerar la vía oral.

DISCUSIÓN

Las duplicaciones digestivas son malformaciones congénitas poco frecuentes, que se localizan a lo largo de todo el tubo digestivo, siendo la forma quística la más frecuente (94%)⁽¹⁾. La duplicación se constituye por una pared de músculo liso y revestimiento mucoso de tipo gastrointestinal⁽²⁾. Representan el 15% de las masas abdominales en pediatría y las ubicaciones habituales son: íleon (30-33%), esófago (17-20%) y colon (13-30%). Las de ubicación gástrica y duodenal representan menos del 7% y se localizan frecuentemente en la región antropilórica⁽¹⁾ y generalmente no se comunican con el estómago^(3,4).

Se considera que los quistes se forman en la octava semana de vida embrionaria por fallas en la recanalización del tracto gastrointestinal^(4,5). En su mayoría no se comunican con la luz del tubo digestivo⁽³⁾. Varias teorías intentan explicar la formación de las duplicaciones intestinales dentro de las que destacan: la recanalización aberrante de la luz intraluminal, la teoría diverticular y la teoría de la notocorda hendida⁽⁴⁾. La presencia de quistes puede tener algún papel en los accidentes vasculares que podrían dar como resultado atresia de la parte

adyacente ⁽⁶⁾. Los quistes que se ubican en la región del antro gástrico y el duodeno son de origen entérico o neuroentérico (pueden contener mucosa gástrica o tejido pancreático ectópico). Por lo general, se encuentra ocupado por un líquido mucinoso y, según la cantidad secretada, puede alcanzar un tamaño de 1-25 cm. ^(1,3)

Los quistes de duplicación gástrica son muy raros, y existen pocos casos publicados ⁽⁴⁾. El hallazgo de una masa quística en la cavidad abdominal hace pensar en quiste de mesenterio o epiplón y pocas veces en duplicación entérica, más raro aún duplicación gástrica. Por lo que deben ser considerados entre los diagnósticos diferenciales en los niños con dolor abdominal e imagen “quística” en la región epigástrica ⁽³⁾.

Clínicamente, pueden ser asintomáticos y constituir un hallazgo por imágenes o se manifiestan por dolor abdominal. En los pacientes sintomáticos, es habitual el antecedente de dolor abdominal, vómitos y masa palpable. ^(1,3,7,8) Con menos frecuencia se pueden presentar con complicaciones como: fiebre por infección del quiste, sangrado digestivo alto (debido a un aumento de la presión sobre la pared gástrica, lo que genera necrosis, perforación), ictericia al comprimir la ampolla de Váter, fistulización, torsión del pedículo y cuadros de oclusión o suboclusión intestinal^(1,3,5,7,8). Por lo anterior es indispensable el tratamiento quirúrgico temprano. En la mitad de los casos existen malformaciones asociadas, siendo las más frecuentes las duplicaciones esofágicas, seguido de anomalías vertebrales ⁽⁸⁾.

En su mayoría se diagnostican mediante ecografía, que normalmente muestra una doble pared, una capa interna ecogénica, formada por mucosa y submucosa, y una capa externa hipoeecogénica que corresponde a la muscular ^(1,3,5,7); por lo que el ultrasonido es muy útil para la evaluación inicial, pero no lo es tanto para determinar el órgano de origen^(5,8). La tomografía determina los límites y las relaciones de la lesión, lo que permite tener un mejor acercamiento diagnóstico.

La ecografía endoscópica es una técnica que permite la caracterización de lesiones submucosas, permitiendo definir con elevada precisión la relación del quiste con la pared gastrointestinal adyacente y diferenciar entre lesiones quísticas y sólidas, además de la obtención de material citohistológico ⁽⁹⁾

Las duplicaciones quísticas gástricas se localizan a lo largo de la curvatura mayor del estómago, usualmente en el antro, como lo descrito en nuestro paciente ⁽⁵⁾; Sin embargo en este caso los diagnósticos iniciales por imagen fueron quiste de ovario y quiste mesentérico.

Cabe destacar que algunos autores han hecho énfasis en que las duplicaciones gástricas no tienen síntomas ni signos específicos y el diagnóstico usualmente se realiza en la laparotomía exploradora, como en nuestro caso ^(1,3,4).

Entre los diagnósticos diferenciales se pueden mencionar, principalmente a los quistes de la vía biliar, linfangiomas mesentéricos y otras duplicaciones intestinales ^(5,6,7,8).

A pesar de que a nuestro paciente se le realizaron estudios de extensión (radiografía simple de abdomen, USG y TAC de abdomen), como apoyos diagnósticos y el diagnóstico se realizó hasta la cirugía.

Se han reportado quistes de duplicación gástrica diagnosticados prenatalmente desde las 20 semanas de gestación, permitiendo al equipo médico planificar un tratamiento quirúrgico posnatalmente ⁽¹⁰⁾. En el caso de nuestro paciente, el cual presentaba diagnóstico de tumoración abdominal prenatal, se consideraron otros diagnósticos diferenciales tales como quiste ovárico o mesentérico; el objetivo de este trabajo fue presentar la duplicación gástrica como diagnóstico diferencial de tumoración abdominal pre o posnatal e imagen quística en la región epigástrica, para un abordaje diagnóstico temprano y tratamiento quirúrgico oportuno.

REFERENCIAS

- 1.- Pérez FM, Tofé VI, Vázquez RF, et al. Duplicación gástrica como causa de masa abdominal en el recién nacido. *Acta Pediatr Esp.* 2008; 66(3): 138-140.
- 2.- Donoso CC, Varela BP, López AR, et al. Duplicación gástrica. Caso clínico. *Rev Chil Pediatr* 77 (1); 52-55, 2006.
- 3.- San Román JL, Curros MF, Dovasio F, et al. Duplicación gástrica. *Arch Argent Pediatr* 2003; 101: 3-8.
- 4.- Álvarez SR, Chagolla SFJ, Quero HA, Leonardo PJD, et al. Duplicación gástrica asociada a quiste pancreático congénito. Descripción de un caso. *Salud en tabasco* Vol. 13, No. 2, Mayo-Agosto 2007.
- 5.- Qinghua L, Shoucai W, Xiaofang L, et al. Ultrasonographic diagnosis of congenital membranous jejunal stenosis and gastric duplication cyst in a newborn: a case report. Qinghua et al. *Journal of Medical Case Reports* (2015) 9:162.
- 6.- Ghoroubi J, Mirshemirani A, Roshanzamir F, Razavi S, Sarafi M. Gastric duplication cyst in association with duodenal atresia in a neonate. *APSP J Case Rep.* 2016; 7:6.
- 7.- Kayastha K, Sheikh A. Gastric duplication cyst presenting as acute abdomen: A case report. *APSP J Case Rep* 2010; 1: 6.
- 8.- Okur MH, Arslan MS, Arslan BS. Gastrointestinal tract duplications in children. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 2014; 18: 1507-1512.
- 9.- Seijo RS, Lariño NJ, Abdulkader NI, Lozano LA, et al. Quiste de duplicación gástrico: diagnóstico por punción-aspiración guiada por ecoendoscopia. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100: 586-590.
- 10.- Božidar Ž, Andro G, Varas FJ, Duodenal Duplication Cyst: A Rare Differential Diagnosis in a Neonate with Bilious Vomiting. *Eur J Pediatr Surg Rep* 2015;3:82–84.



Figura1. Rx toracoabdominal. Opacidad flanco der. hasta hipocondio der. desplaza asas intestinales. Gastromegalia.



Figura2. USG abdominal. Imagen de bordes bien delimitados, anecoica, 5.22x5.10x 4.14cm.

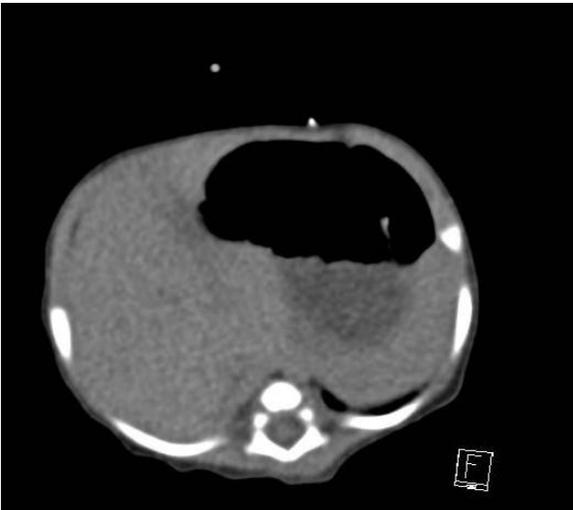


Figura 3. TAC DE ABDOMEN. Tumoración derecha, redondeada, desplazamiento de las asas intestinales, su interior homogéneo, densidad líquida, de 5.3 x 5.2 x 4.5 cm.