

# Quiste de duplicación gástrica en el adulto. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Cyst of gastric duplication in adults. Case report and review of the bibliography

María Adelaida Saffon A.<sup>1,a</sup>, Luis Fernando Roldan M.<sup>1,a</sup>, Yudys Caro<sup>2,b</sup>, Carlos Ever Restrepo T.<sup>1,b</sup>, Marcos Barraza A.<sup>3,a</sup>, Hernán Darío Restrepo<sup>4,c</sup>

<sup>1</sup> Instituto Gastroclínico. Medellín, Colombia.

<sup>2</sup> Patólogo, Interpath. Medellín, Colombia.

<sup>3</sup> Gastroenterólogo-Internista. Endodigestivos IPS. Pereira, Colombia.

<sup>4</sup> Clínica Medellín. Medellín, Colombia.

<sup>a</sup> Gastroenterólogo-internista, <sup>b</sup> patólogo, <sup>c</sup> cirujano general

Recibido: 25/11/2020 - Aprobado: 10/12/2020

ORCID: María Adelaida Saffon: <https://orcid.org/0000-0003-1730-6340>, Luis Fernando Roldan: <https://orcid.org/0000-0002-9244-6733>,

Yudys Caro: <https://orcid.org/0000-0002-6298-7520>, Carlos Ever Restrepo: <https://orcid.org/0000-0002-1854-1978>,

Hernán Darío Restrepo: <https://orcid.org/0000-0003-0727-5851>

## RESUMEN

Las duplicaciones del tracto gastrointestinal son malformaciones congénitas poco frecuentes que pueden afectar cualquier segmento del tubo digestivo. Suelen presentarse en los primeros dos años de vida con síntomas de pobre ganancia de peso y masa abdominal palpable o pueden ser asintomáticos hasta la adultez. Reportamos el caso de un paciente masculino de 37 años que fue evaluado por epigastralgia y antecedente de hemorragia digestiva superior. La endoscopia alta reveló lesión subepitelial en fundus gástrico ulcerada con sospecha diagnóstica de tumor del estroma gastrointestinal (GIST). El ultrasonido endoscópico confirmó masa gástrica con focos de necrosis y calcificación, compatible con tumor estromal tipo GIST. Se realizó resección gástrica distal en cuña sin complicaciones. El informe de patología señaló duplicación gástrica.

**Palabras clave:** Malformaciones congénitas; Tracto gastrointestinal; Neoplasias gastrointestinales (fuente: DeCS BIREME).

## ABSTRACT

Gastrointestinal tract duplications are rare congenital malformations that can affect any segment of the digestive tract. They usually occur in the first two years of life with symptoms of poor weight gain and palpable abdominal mass or may be asymptomatic until adulthood. We report the case of a 37-year-old male patient who was evaluated for epigastralgia and a history of upper gastrointestinal bleeding. High endoscopy revealed ulcerated subepithelial lesion in gastric fundus with diagnostic suspicion of gastrointestinal stromal tumor (GIST). Endoscopic ultrasound confirmed gastric mass with foci of necrosis and calcification, compatible with stromal tumor type GIST. Distal gastric resection was performed in wedge without complications. The pathology report noted gastric duplication.

**Keywords:** Congenital abnormalities; Gastrointestinal tract; Gastrointestinal neoplasms (source: MeSH NLM).

## INTRODUCCIÓN

El primer informe en el que se utilizó el término de duplicación intestinal fue dado por Fitz en 1844, quien sugirió que las duplicaciones del tracto digestivo surgen de la persistencia del conducto onfalomesentérico <sup>(1)</sup>. En 1937, Ladd introdujo el término duplicación del tubo digestivo que todavía está en uso <sup>(2)</sup>. Desde entonces se han publicado unos 150 casos.

El concepto de duplicidad digestiva es más bien histológico y consiste en una formación tubular o quística, que debe tener: un punto de contacto con el tubo digestivo, la presencia de tejido muscular liso dispuesto en 2 capas y mucosa digestiva.

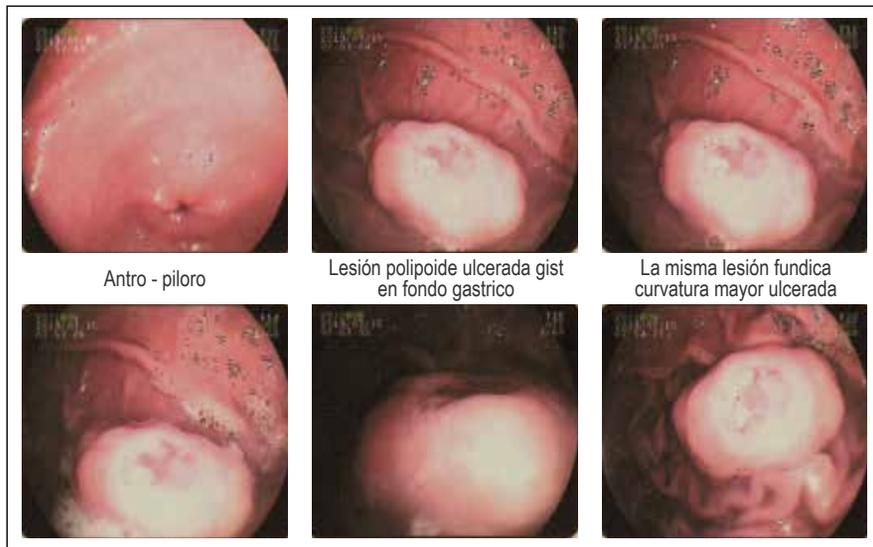
Existen dos formas anatómicas de manifestación: la quística (94%), y la tubular (6%). Ambas pueden aparecer en cualquier punto del tubo digestivo y pueden ser

torácicas (20%), abdominales (77%) o toracoabdominales (3%) <sup>(3)</sup>. Las duplicaciones del tracto gastrointestinal son anomalías congénitas muy infrecuentes, son más frecuentes en las mujeres y normalmente se diagnostican en niños; son excepcionales en población adulta y pueden afectar a cualquier segmento del tubo digestivo [yeyuno e íleon (50%), colon (18%) y estómago y duodeno (10%)] <sup>(4)</sup>. Se ha reportado un caso en el esófago cervical en el adulto <sup>(5)</sup>.

Presentamos un paciente con un quiste de duplicación gástrico asintomático hasta la edad adulta y revisamos la etiología, diagnóstico y terapéutica.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 37 años, quien consultó hace 10 años a gastroenterólogo de su localidad por



**Figura 1.** Lesión de aspecto polipoides exofítico en fondo gástrico, curvatura mayor de 20 mm, umbilicado y ulcerado, de fondo limpio fibrinoide.

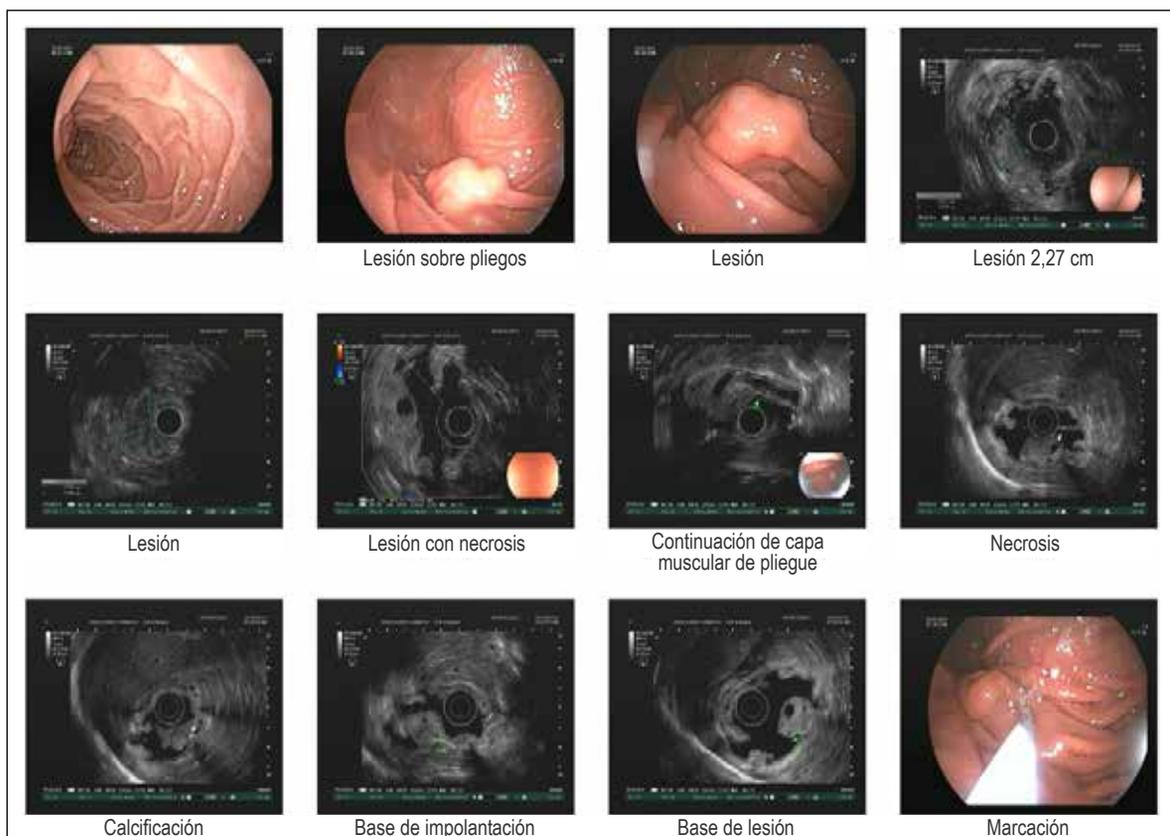
epigastralgia, se le indicó esofagogastroduodenoscopia (EGD) con hallazgos de pólipo de cuerpo gástrico tipo 0-Is (clasificación de París), con biopsia que concluye pólipo hiperplásico.

En julio de 2019 presentó melenas y debilidad de 4 días de evolución, por lo que acude a urgencias en donde se evidencia descenso de hemoglobina, y se le realizó EGD que concluyó lesión polipoides tumoral en

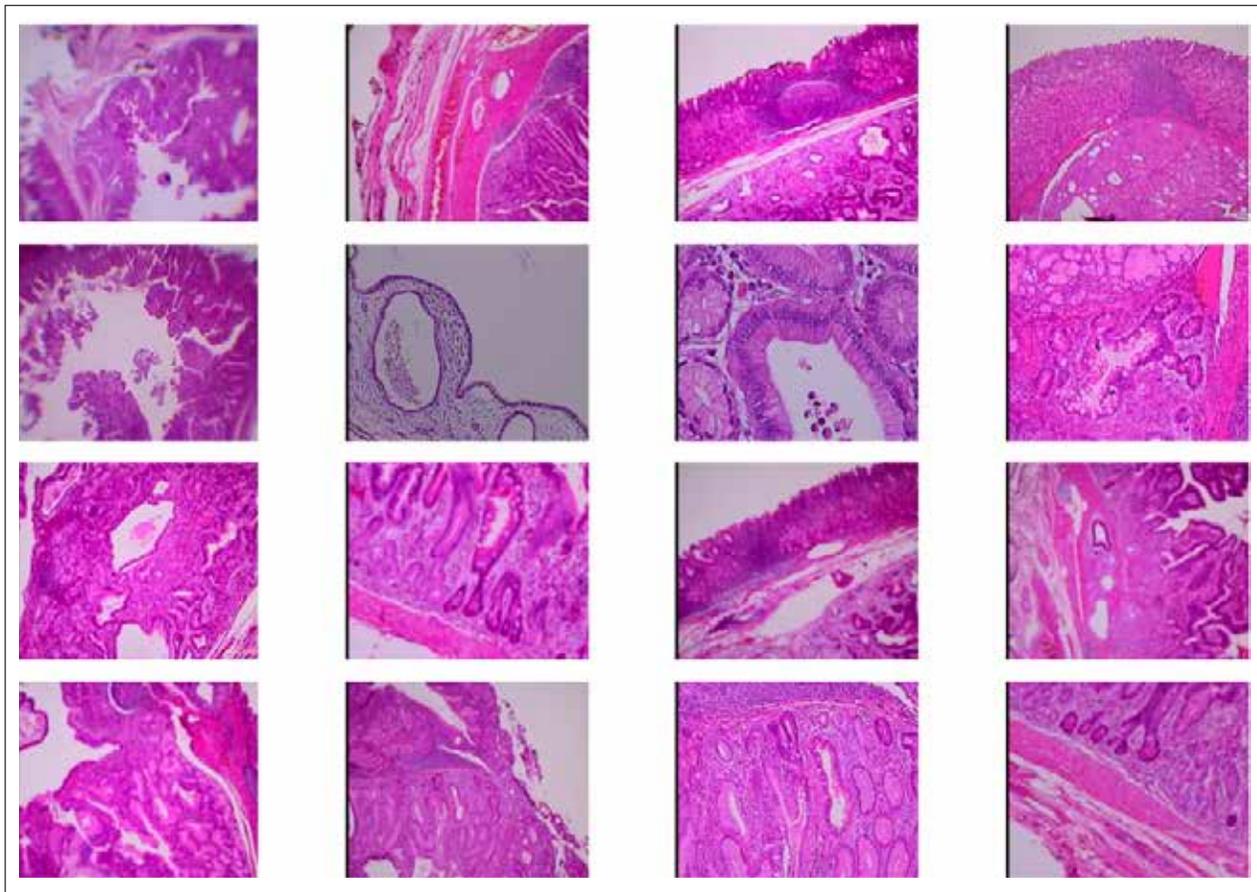
fundus gástrico, ulcerado, con impresión diagnóstica de GIST a descartar. Figura 1.

Se refirió a estudios complementarios (ecoendoscopia) para categorización.

Se realizó ecoendoscopia radial (Figura 2), observando en tiempo endoscópico lesión elevada de 2,9 cm sobre cresta de pliegue. Masa hipoeoica con



**Figura 2.** Ecoendoscopia: masa hipoeoica de 2,9 cm con zonas de necrosis y calcificación por características ecoendoscópicas diagnóstico sugestivo de GIST gástrico.



**Figura 3.** Fragmento de mucosa de 5x2x1,5 cm. En la capa muscular y submucosa se identificó tejido mixto de cuerpo, antro y píloro gástricos, con dilatación glándulo quística, glándulas de Brunner y marcado infiltrado inflamatorio mixto con cambios reactivos focales del epitelio. No hay hallazgos de neoplasia mesenquimal. Se concluye como quiste de duplicación gástrica.

zonas anecoicas que sugieren necrosis y calcificación, implantado sobre la capa muscular, con mucosa y submucosa sobre su superficie de la lesión, con base de implantación amplia sobre pliegue asemejando pedículo en algunas proyecciones. Se concluyó como diagnóstico GIST con áreas de necrosis y calcificaciones. Se realizó marcación con tinta china. El paciente fue referido para intervención quirúrgica, y el procesamiento de la biopsia arrojó como diagnóstico quiste de duplicación gástrica. Figura 3.

## DISCUSIÓN

La etiología de la duplicación en el tracto alimentario es probablemente multifactorial. Una causa posible es la persistencia de los divertículos embrionarios durante el desarrollo del aparato digestivo y la recanalización y fusión de los pliegues longitudinales en el estómago (6). Se ha propuesto también que una adhesión endodérmica-ectodérmica entre la notocorda resulta en la persistencia de un tracto endomesenquimatoso entre el saco vitelino y el amnios. Este tracto mesenquimal formado es el responsable de las anomalías de todo el sistema gastrointestinal (7,8). Las

duplicaciones son más prevalentes en hombres que en mujeres en la población pediátrica (5).

El diagnóstico de duplicación del tracto alimentario en el adulto representa el 5% de los casos (9), siendo la duplicación gástrica la de menor frecuencia (tan sólo alrededor de un 4%) (10). Son más frecuentes en la curvatura mayor gástrica y son más frecuentes en el sexo femenino (11).

Suelen cursar de forma asintomática y el diagnóstico en ocasiones es casual en el curso de una endoscopia gastrointestinal o en autopsia (12). Se pueden manifestar de forma inespecífica como masa abdominal, dolor epigástrico y lumbar (13), o en forma de complicación como estenosis, hemorragia o úlcera péptica. Puede presentarse como pancreatitis agudas a repetición, por obstrucción del conducto de Wirsung por secreciones del quiste o compresión secundaria (14).

El diagnóstico de las duplicaciones gástricas se realiza fundamentalmente en la infancia e incluso, gracias a los avances en ecografía, en algunos casos de forma prenatal (15).

Debe establecerse el diagnóstico diferencial con las formaciones quísticas del compartimiento supramesocólico, quistes hepáticos y tumores retroperitoneales, así como otros procesos gástricos neoformativos o compresiones extrínsecas por procesos pancreáticos.

La ecografía demuestra un quiste con una pared formada por varias capas, que en ocasiones presenta peristaltismo propio. La TAC es útil para el diagnóstico diferencial, y pone de manifiesto las relaciones con estructuras vecinas <sup>(16)</sup>.

La gastroscopia evidencia la ausencia de lesión mucosa y la presencia de una compresión extrínseca, rara vez neoplásica <sup>(17)</sup>. La ecoendoscopia se ha propuesto como el mejor método diagnóstico gracias a que permite el estudio de las estructuras de la pared, siendo el diagnóstico diferencial con tumor de GIST como primera opción <sup>(18)</sup>.

Para poder afirmar que es un verdadero quiste de duplicación gástrica, la lesión debe tener conexión con el estómago, capa externa de musculatura lisa que tenga segmento común con la pared gástrica y mucosa de revestimiento habitualmente gástrica. En nueve casos se han observado otros epitelios (mucosa bronquial, tejido pancreático) <sup>(19)</sup>. Los niveles de CEA y CA19-9 del líquido del quiste suelen ser normales, aunque algunos casos muestran elevación <sup>(20)</sup>. Se han descrito 6 casos de malignización <sup>(20,21)</sup>.

Algunos autores consideran que las duplicaciones son lesiones benignas, por lo que el tratamiento quirúrgico se basa en la exéresis del quiste <sup>(19)</sup>. Otros autores propugnan por la resección gástrica, al haberse descrito casos de malignización en la mucosa del quiste <sup>(22)</sup>. En este caso optamos por la resección gástrica en cuña. El estudio anatomopatológico posterior mostró bordes libres de enfermedad.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fitz RH. Persistent Omphalo-mesenteric remains: their importance in the causation of intestinal duplication, cyst-formation, and obstruction. Philadelphia: Henry C. Lea's Son & Co.; 1884.
2. Ladd WE. Duplications of the alimentary tract. *South Med J*. 1937;30:363-71.
3. Daudet M, Chappuis JP, Daudet N. Symposium consacré aux duplications intestinales. *Ann Chir Infantile*. 1967;8:5-67.
4. Holcomb GW, Gheissari A, O'Neill J, Shorter NA, Bishop HC. Surgical management of alimentary tract duplications. 1989;209(2):167-74.
5. Hlouschek V, Domagk D, Naehrig J, Siewert JR, Domschke W. Gastric duplication cyst: A rare endosonographic finding in an adult. *Scand J Gastroenterol*. 2005;40(9):1129-31.
6. Di Pisa, M, Curcio G, Marrone G, et al. Gastric duplication associated with pancreas divisum diagnosed by a multidisciplinary approach before surgery, 16 (*World J Gastroenterol* 2010), pp. 1031-1033
7. Spivak H, Pascal RR, Wood WC, et al. Enteric duplication presenting as cystic tumors of the pancreas., 121 (*Surgery* 1997), pp. 597-600 [8]
8. Lewis PL, Holder T, Feldman M. Duplication of the stomach: report of a case and review of the English literature. 82 (*Arch Surg* 1961), pp. 634-640[9]
9. Chatel A, Bigot JM, Szejnman N, Jourde L, Cocheton JJ. Les duplications digestives de l'adulte. A propos de cinq observations. *J Radiol*. 1979;60:95-9.
10. Koltum WA. Gastric duplication cyst. Endoscopic presentation as an ulcerated antral mass. *Am Surg*. 1991;57(7):468-73.
11. Luks FI, Shah MN, Balauitan MC, Lopresti PA, Pizzi WF. Adult foregut duplication. *Surgery*. 1990;108(1):101-4.
12. Villacorta J, Fernández R, Orejas B, Pedrosa CS, Fariña J, Balibrea JL. Duplicación gástrica en un adulto. Revisión de la literatura. *Cir Esp*. 1985;34:319-22.
13. Fernández L, Gris F, Vicente V, Torre A, Vicente JM, Lluengo L. Duplicación gástrica. *Cir Esp*. 1988;43:628-30.
14. Traverso LW, Longmire WP. Pancreatitis of unusual origin.. *Surg Gynecol Obstet*, 141 (1975) pp. 383-386
15. Goyert GL, Blitz D, Gibson P, Seabolt L, Olszewski M, Wright DJ, et al. Prenatal diagnosis of duplication cyst of the pylorus. *Prenat Diagn*. 1991;11(7):483-6.
16. Rodríguez E, Sánchez JD, Alcalde J, Rodríguez S, Bayón AM, Ibarra A et al. Duplicidad gástrica en el adulto. *Rev Esp Enf Dig*, 90 (1998), pp. 311-312
17. Frering V, Velecela E, Fouque P, Champetier P, Partensky C. Duplications digestives hautes de l'adulte. *Ann Chir*, 49 (1995), pp. 928-935
18. Hulnick DH, Baltazar EJ. Gastric duplication cyst. GI series and CT correlation. *Gastrointest Radiol*. 1987;12(2):106-8.
19. Machado MA, Santos VR, Martino RB, Makdissi F, Canedo L, Bacchella T, et al. Case Report: Laparoscopic re-section of gastric duplication, Successful treatment of a rare entity. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2003;13(4):268-70.
20. Wakabayashi H, Okano K, Yamamoto N, Suzuki Y, Inoue H, Kadota K, et al. Laparoscopically resected foregut duplication cyst (bronchogenic) of the stomach. *Dig Dis Sci* 2007;52:1767-70.
21. O'Donnell PL, Morrow B, Fitzgerald TL. Adult gastric duplication cysts: a case report and review of the literature. *Am Surg* 2005;71: 522-5.
22. Seijo S, Lariño J, Abdulkader I, Lozano A, Vieites B, Iglesias J, et al. Adult gastric duplication cyst: diagnosis by endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration (EUS-FNA). *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100:586-90

### Correspondencia:

María Adelaida Saffon Abad  
 Instituto Gastroclínico Carrera 46 #2Sur-45  
 Clínica Las Vegas, Medellín-Colombia  
 E-mail: malalassaffon@gmail.com