

Duplicidad gástrica (*)

Por los Dres.:

EUGENIO SELMAN-HOUSSEIN ABDO, (**) RODERICK JONES MORGAN (***)
Y BENIGNO AUCHET (****)

La rareza de esta afección y el hecho de no haberse reportado en nuestro país ningún caso en niños nos mueven a presentar este trabajo lo que al mismo tiempo nos permitirá el hacer algunas consideraciones sobre esta anomalía.

Se llama duplicidad gástrica a una anomalía del tubo digestivo que da lugar a una formación quística, que puede estar en comunicación o no con éste, pero que siempre está adyacente al mismo.

Esta malformación ha recibido distintas denominaciones, la mayoría de las cuales señalan un carácter determinado de alguna de ellas considerada aisladamente, y así se le ha llamado: ileon duplex, colon duplex, divertículos gigantes, quistes de inclusión, quistes gástricos torácicos, quistes esterógenos, quistes enteroides, enteroquistomas y después que Ladd y Gross¹ los agruparon bajo el nombre de *Duplicaciones del tracto digestivo*¹ se señalaron como duplicidad, desdoblamiento y reduplicación.

(*) Trabajo presentado en la Jornada de Pediatría en Varadero en 1964.

(**) Profesor del Servicio de Cirugía General del Hospital Docente "Gral. Calixto García".

(***) Instructor de Cirugía del Servicio de Cirugía General del Hospital Docente "Gral. Calixto García".

(****) Pediatra del Servicio "Albertini" del Hospital Docente "Gral. Calixto García".

Para considerar que existe una duplicación o duplicidad es necesario que la misma posea los caracteres siguientes:

1. Poseer una capa muscular.^{1, 2}
2. Tener una mucosa semejante a un segmento del tubo digestivo.^{1, 2}
3. Tener una vascularización común con un segmento del tubo digestivo.³
4. Estar situada en el borde mesentérico.^{3, 4}
5. Formar cuerpo o estar íntimamente relacionada a un segmento del tubo digestivo. (Esta condición no es aceptada unánimemente).^{1, 2}

La formación de estas duplicaciones ha sido tratada de explicar por diversas teorías y así:

Se planteó inicialmente, por la frecuencia en que esta malformación aparecía en los segmentos distales del íleon, que era debida a un desarrollo anormal del conducto onfaloentérico.³

Al encontrarse en otros sitios se desechó esta teoría.

Posteriormente se consideró que podía deberse a un secuestro por desprendimiento de células embrionarias del tubo digestivo que continuarían su desarrollo apartados de éste.^{1, 2} Esta teoría no explicaba la regularidad en la aparición en el borde mesentérico.

Lewis y Things⁵ emiten la teoría de los divertículos diciendo que existen en los animales formaciones diverticulares que posteriormente regresan en el curso del desarrollo y que, de modo similar, en el ser humano pudiera ocurrir el mismo fenómeno y al no desaparecer estos divertículos darían origen a la malformación que estudiamos.

Bremer⁶ considera que las duplicaciones son debidas a un trastorno en la fase de recanalización del intestino. Así, al producirse la vacuolización del cordón sólido una de estas vacuolas se aislaría y constituiría la duplicidad.

Saunders⁴ postula que al desaparecer el canal neuroentérico quedaría en ocasiones un tracto fibroso que iría desde la columna vertebral hasta el intestino dando lugar por tracción a la formación de una duplicación por un lado y a malformaciones vertebrales por otro.

Grob⁴ más recientemente considera que las duplicaciones son debidas a alteraciones en el desarrollo de la Chorda dorsalis, que al separarse la notocorda del endodermo es que se van a producir las duplicaciones al no realizarse una separación correcta.

Las duplicaciones pueden encontrarse en cualquier sitio del tubo digestivo pero son más frecuentes a nivel del íleon. Reproducimos la distribución de los 68 casos que Gross³ señala en su libro para tener una idea de la distribución.

Ileon	19
Esófago	13
Válvula ileocecal	8
Estómago	2
Duodeno	4
Tórax con viscera abdominal..	3
Recto	3
Colon doble	4
Sigmoides	2

Base de lengua	1
Yeyuno	4
Ciego	3
Cerca de íleon y ciego	2

Como se ve la duplicidad gástrica es de las más raras.

CUADRO CLINICO

Muchas duplicaciones transcurren sin dar síntomas por ellas mismas y son hallazgos de necropsia aunque otras, sin embargo, dan síntomas y signos que van a estar de acuerdo con su localización y con complicaciones de la misma.

En muchas ocasiones el niño es traído a consulta porque la madre le palpa un tumor o porque un tumor es palpado por el médico como hallazgo en un examen rutinario o es puesto en evidencia en un estudio radiológico del tórax.

En otros casos la duplicidad comprime el intestino y se produce una *oclusión* por compresión o por el contrario la duplicación puede ser el punto de partida de una *invaginación* produciendo la consiguiente oclusión; el aumento del contenido líquido dentro de la duplicidad cuando ésta no está en comunicación con el tubo digestivo da lugar a la distensión de la misma con *dolor*. Cuando la duplicación comprime los vasos de un segmento del tubo digestivo puede dar lugar a isquemia con necrosis de ese segmento.^{1, 2, 4}

En los casos que existe una duplicidad con mucosa gástrica pueden formarse úlceras pépticas dando lugar a sangramientos que se hacen visibles cuando la duplicidad está en comunicación con el tubo digestivo.

Por último puede producirse la *perforación* de la duplicidad con un cuadro de peritonitis.⁴

Las duplicidades de localización torácica pueden dar signos respiratorios por compresión pulmonar.

Las duplicaciones gástricas dan pocos síntomas; en ocasiones vómitos y sensación de plenitud gástrica. Puede haber dolor epigástrico de tipo sordo por distensión.

Generalmente el niño es traído porque se le palpa un tumor.

La radiología es útil en las duplicaciones sobre todo en las de localización torácica en las que pone en evidencia el tumor casi siempre en el mediastino posterior, aunque en ocasiones aparecen como si fueran quistes pleurales.

En las duplicidades situadas en el abdomen la radiología ayuda a precisar la localización del tumor, aunque sin poder precisar mucho su etiología.

El diagnóstico diferencial, que casi siempre se plantea cuando se abre el abdomen, es con un quiste del mesenterio y se basa en que el quiste del mesenterio es de origen linfático, de paredes finas, desprovistas de músculos y se deja separar fácilmente de las vísceras adyacentes, todo lo contrario de las duplicaciones en que en muchas ocasiones es necesario reseca el segmento del tubo digestivo al cual están adheridas.

El tratamiento de las duplicidades es quirúrgico y consiste en la resección de la misma, lo que en ocasiones conlleva el sacrificar una parte del segmento digestivo al que están íntimamente adheridos ya que tienen la misma vascularización. Cuando no es posible hacer la resección se recurre a la marsupialización de la misma.

Pronóstico: El pronóstico de las duplicaciones depende de las anomalías asociadas (21 casos en 67 duplicaciones), de las complicaciones a que da

lugar y del tipo de duplicación. Así, los casos que no tienen anomalías asociadas o éstas no son graves, no están complicados y pueden ser resecaos en su totalidad, tienen un buen pronóstico. No así los casos inversos.

CASO H.C. No. 47514.

Niña de 5 meses, mestiza, que hace un mes tiene vómitos ocasionales. Estos vómitos a veces van precedidos de llanto. Hace 2 días la madre le notó "una pelotica" en el abdomen por lo que decide llevarla al Hospital.

Los antecedentes sin importancia. El examen todo negativo excepto en el abdomen donde se le palpa en H.I. un tumor redondeado algo renitente, no adherente a planos superficiales, discretamente movable, no doloroso, que luce tener contacto lumbar y que no parece corresponder a bazo, de unos 10 cms. de diámetro, que no rebasa la línea media hacia el lado derecho y parece prolongarse hacia la pelvis.

Exámenes complementarios: Orina normal; proteínas 6.40; serina 4.80; Globul. 1.60; Hgb. 12.4; Hematocrito 40%, Leucocitos 7.200, fórmula normal. Eritrosedimentación 8.

Rayos X No. 44539.

Abdomen:

Masa densa abdominal que desplaza las asas intestinales y que se extiende desde la región renal izquierda hasta cerca de la pelvis menor. (Fig. 1).

¿Posible tumoración renal? ¿Tumor de Wilms?

Abdomen lateral:

En esta vista no se localiza bien la masa señalada en el examen anterior. (Fig. 2).



Fig. 1. Radiografía simple. Obsérvese el tumor desplazando las asas hacia el lado derecho.



Fig. 2. Radiografía lateral que no aporta datos.



Fig. 3. Radiografía simple. Obsérvese que el tumor llega casi hasta la pelvis.

Parece ser posterior. Son planteables: tumor de Wilms, Neuroblastoma suprarrenal o hidronefrosis congénita.

Debe plantearse la posibilidad de una duplicación del tractus digestivo si se pueden eliminar las afecciones mencionadas. Remitir para urografía intravenosa.

Abdomen simple de pie:

La tumoración abdominal señalada anteriormente parece descender hacia la pelvis en posición vertical. (Fig. 3).

Pielografía descendente:

No se realizó por estar el vientre distendido por gases y materias fecales.

Dr. E. Rivero.

Se hizo la discusión de un tumor abdominal planteándose:

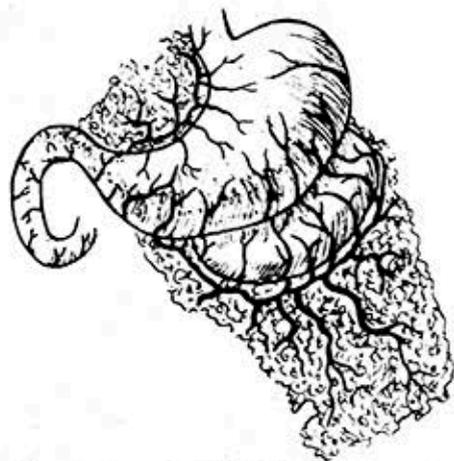


Fig. 4. Esquema del hallazgo operatorio.

1. Tumor de Wilms.
2. Neuroblastoma.
3. Duplicidad intestinal.
4. Quiste de ovario.
5. Quiste de mesenterio.

Informe operatorio: Operación realizada: Extirpación del tumor.

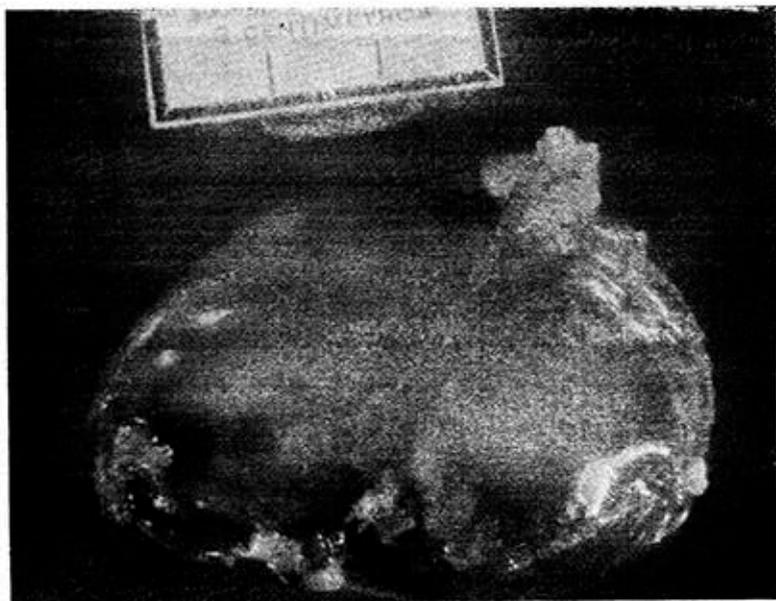


Fig. 5. Foto del exterior de la pieza reseçada.

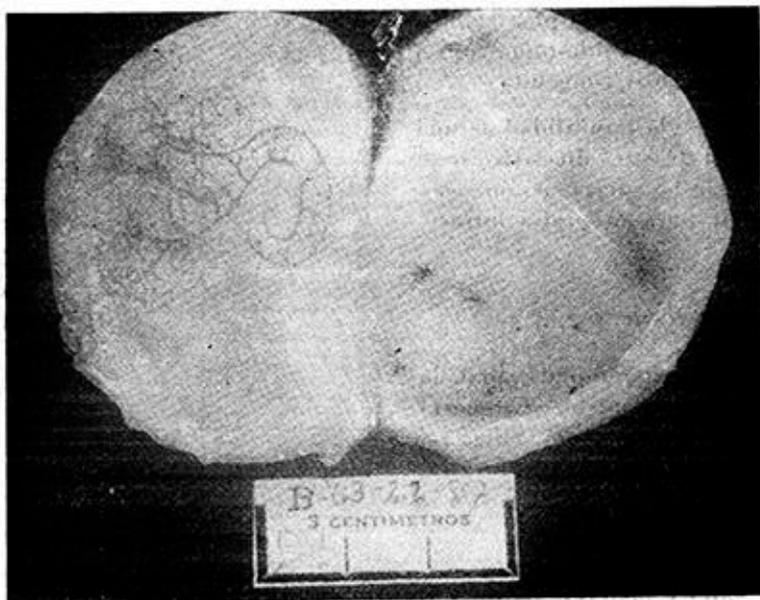


Fig. 6. Foto de la pieza abierta.

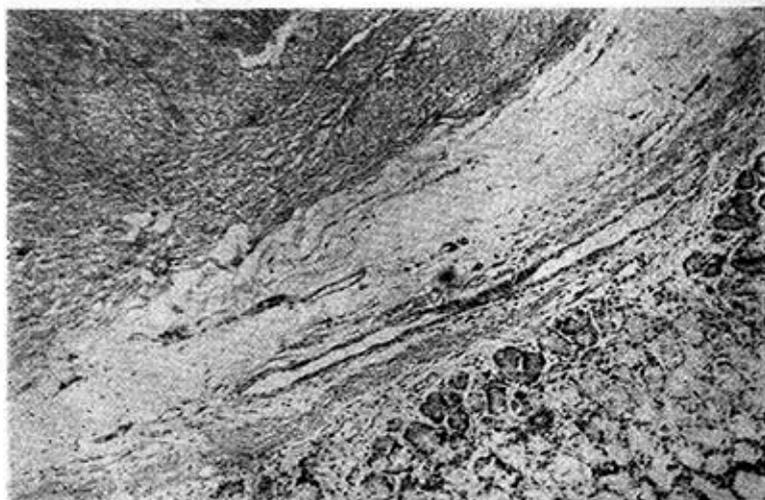


Fig. 7. Microfotografía de la pared de la duplicidad gástrica mostrando la mucosa con las glándulas de tipo fúndica, la muscularis mucosae, la submucosa bien vascularizada y la muscular propia. (Dpto. Anat. Pat. H. C. C. G.)



Fig. 8. Otro aspecto microscópico de la pared de la duplicidad gástrica en las que las glándulas recuerdan más bien a las de las zonas pilóricas. La muscular propia no presenta una delimitación en capas tan neta como el estómago normal. (Dpto. Anat. Pat. H.G.C.G.)

Laparotomía paramedia izquierda. Se encuentra una tumoración quística de unos 7 cms. de largo por 4 cms. de ancho que hace cuerpo con los 2/3 inferior de la curvatura Mayor (Fig. 4). (Duplicidad de estómago). Se libera la tumoración, reseándola sin abrir la mucosa del estómago. Seda seromuscular en el sitio de implantación del tumor. Se cierra por planos.

Se deja penrose.

Evolución sin complicaciones.

Alimentación oral a las 48 horas.

Diag. Anat. Pat.: Duplicidad de Estómago (Figs. 5, 6, 7 y 8).

Evolución: Sin complicaciones. Vista al año de operada no presenta ninguna alteración (Fig. 9).



Fig. 9. Radiografía del estómago en el post-operatorio donde no se observa alteración.

CONCLUSIONES

La duplicidad gástrica parece ser una de las anomalías más raras de este tipo no habiendo sido reportada ninguna en niños en nuestro país.

Su aparición plantea el diagnóstico de un tumor abdominal.

El pronóstico está dado por las anomalías asociadas y por las complicaciones.

El tratamiento quirúrgico es el que generalmente permite y cura la afección.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Gross, R. E.*: The surgery of infancy and childhood. Philadelphia, W. B. Saunders Co. 1953.
- 2.—*Shackelford, Richard T.*: Surgery of the alimentary tract. Vol. II. W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1956.
- 3.—*Duhamel, B.*: Patología Quirúrgica del recién nacido y del lactante. Edit. Pubul. Barcelona, 1956.
- 4.—*Grob, Max*: Patología Quirúrgica Infantil (1ª edición). Edit. Javier Moroto. Madrid, 1958.
- 5.—*Leicis, F. y col.*: The regular occurrence of intestinal diverticles. Am. J. Anat. 7: 505. 1907.
- 6.—*Bremer, J. L.*: Diverticle and Duplication of the intestinal tract. Arch. Path. 38: 132. 1944.
- 7.—*Ladd, W. E. Gross, R. E.*: Abdominal Surgery of Infancy and Childhood. W. B. Saunders Company. Philadelphia, 1948.
- 8.—*Gross, R. E., Holcomb, G. W. Jr., and Forbes, S.*: Duplication of alimentary tract. Pediatrics, 9: 449-468, 1952.