

Duplicación intestinal quística y tubular en un paciente

* Dr. Ricardo Sosa López

**Dr. Jorge E. Gallego Grijalva

Introducción

Las duplicaciones del tracto gastrointestinal son anomalías aisladas y sumamente raras.

El paciente que se presenta, tenía como hallazgo quirúrgico una duplicación tubular y una quística en el intestino delgado que comprendía parte del yeyuno e ileón (figura 1).

Se trata de un caso completamente inusual, de ahí lo importante de su publicación.

Informe de un caso

Paciente masculino de cinco años de edad, proveniente de medio socioeconómico bajo, sin antecedentes heredofamiliares de importancia, no teniendo la madre ningún problema durante la gestación, ni refiere haber enfermado o ingerido medicamentos durante ésta; tampoco fue sometida a estudios radiológicos y el parto fue eutócico, sin complicaciones en el producto.

Como antecedentes patológicos, refiere cuadros enterales frecuentes, que cedían aparentemente con remedios caseros, y expulsión de ascaris seis meses antes de su ingreso al hospital. No se administró ninguna inmunización.

Inicia su padecimiento aparentemente un año antes de su hospitalización, cuando aumen-

ta progresivamente el volumen del abdomen y aparece dolor mal localizado ocasional, que cedía con medicamentos no especificados. Se agregó disminución de peso corporal y mal estado general, con síntomas generales, como astenia, adinamia e hiporexia.

Tres días antes de su ingreso, presenta dolor abdominal pungitivo generalizado, con aumento de la distensión, vómitos de contenido alimentario e hipertermia no cuantificada.

Solamente refiere una evacuación de características normales el día del ingreso.

A la exploración física se detecta ascitis y red venosa colateral; el abdomen distendido y duro, dolor, signo que manifestaba irritación peritoneal, aparecía desnutrido y deshidratado, con estado general bastante comprometido.

Se toma radiografía de abdomen, encontrándose aire libre subdiafragmático, que determina su intervención quirúrgica de urgencia.

Se interna en el hospital con los diagnósticos de perforación de víscera hueca abdominal, desnutrición de tercer grado mixta, deshidratación del 5 al 10 por ciento hiponatémica y la etiología probablemente infecciosa por salmonella.

Se practica laparotomía exploradora mediante incisión supraumbilical derecha; se obtiene de cavidad peritoneal líquido verdoso no fétido. Se encuentra duplicación tubular a nivel de transición yeyuno-ileón, la cual presenta una pequeña perforación en el extremo distal que termina en fondo de saco (figura 1).

La longitud de la duplicación es de 30 cms., sin comunicación con el lumen del intestino normal. Presenta un mesenterio independiente pero íntimamente fusionado con el de yeyuno e ileón.

Hacia la región proximal, terminando en fondo de saco, la duplicación se continúa por 10 cms. más consistente sin lumen y que tampoco muestra comunicación. Inmediatamente por

*Cirujano Pediatra, Servicio de Pediatría Hospital de Medicina Familiar No. 11, IMSS, Cd. Delicias, Chihuahua.

**Cirujano Pediatra, Servicio de Cirugía Pediátrica Centro Hospitalario "20 de Noviembre", ISSSTE, México, D.F.

debajo del extremo proximal, se descubre una tumuración redonda quística, blanda, conteniendo líquido, de aproximadamente doce centímetros de diámetro, que se limita en el extremo inferior con la raíz del mesenterio e íntimamente adherida a la porción del duodeno por detrás, lo que representó una gran dificultad técnica para su extirpación (figura 1).

La conducta quirúrgica fue: extirpación de ambas duplicaciones en su totalidad, incluyendo porción de intestino normal imposible de separar y anastomosis término terminal de yeyuno ileón; aproximadamente a un metro de la válvula ileocecal se colocaron canalizaciones y se cerró por planos.

La evolución posoperatoria fue bastante buena, aunque los primeros quince días presentó un cuadro enteral leve, al término del cual se dio de alta, continuando su vigilancia periódica en consulta externa sin mostrar ningún problema.

El reporte de patología fue: duplicación intestinal tubular con mucosa gástrica ectópica, úlceras pépticas no perforadas y peritonitis aguda purulenta.

El urocultivo, la fijación de superficie y el general de orina resultaron negativos. La biometría hemática de ingreso con pocas alteraciones: 11.04 de Hb., 9 900 leucitos y días más tarde 25 000 totales y 4 bandas por ciento. Cultivos peritoneal y copros con E. Coli. BAAR: Zhiel Neelsen negativo, lo mismo que auramina rodamina.

La placa de tórax muestra masas mediastinales que hicieron sospechar tuberculosis, lo cual se descartó posteriormente con exámenes específicos y PPD.

Se tomaron radiografías de columna, observando xifoesciosis, hemivértebras, macizo óseo (vértebras fusionadas), de origen congénito.

Su estancia hospitalaria fue de dos semanas.

Discusión

Es desconocido aún el proceso embriológico por el cual se presentan anomalías como las que damos a conocer. Ninguna de las teorías conoci-

das explica satisfactoriamente los patrones y variantes descritos en la literatura.⁵

Yray y Skandakalis mencionan cinco teorías:

1. Duplicación intraluminal pequeña a partir de un divertículo embrionario persistente o recanalización incompleta.

2. Duplicación tubular, cierre de la capa del saco haciéndose una pared muscular, como puede resultar de la formación de una ruptura que divide al intestino en dos tubos paralelos.

3. Duplicación quística y tubular con capas musculares independientes, así como divertículos gigantes, son remanentes entéricos de adhesiones tempranas entre el saco y las estructuras dorsales.

4. Duplicación quística asintomática del intestino medio, son remanentes del conducto vitelino.

5. Quiste entérico presacro, es remanente del extremo distal intestinal embrionario.

El sexo masculino es el más afectado en la duplicación. Las anomalías asociadas más comunes son hemivértebras y malformaciones intestinales y del ano. Ocasionalmente se observan dos duplicaciones en el mismo paciente.^{7 8 11}

También es conveniente conocer que de dejar algún remanente de duplicación, éste podría evolucionar hasta carcinoma (Bothen, 1966; Gould, 1961; Young, 1965).^{8 10}

Creemos que el tratamiento de elección es la extirpación total con anastomosis término-terminal, sacrificando la menor porción posible de intestino sano.

El diagnóstico debe pensarse también en pacientes mayores, aunque es más común en neonatos y lactantes menores, cuando exista constipación crónica, con distensión abdominal de larga evolución, diarrea intermitente y mesa abdominal, habiendo de estudiar bien al paciente con radiografías por medio de contraste o por medio de medicina nuclear con Technesio 99 Pertechnetato, y resolver el problema en forma electiva antes de que pueda ocurrir perforación o sangrado de tubo digestivo, con las consecuentes perforaciones.^{9 13 20}

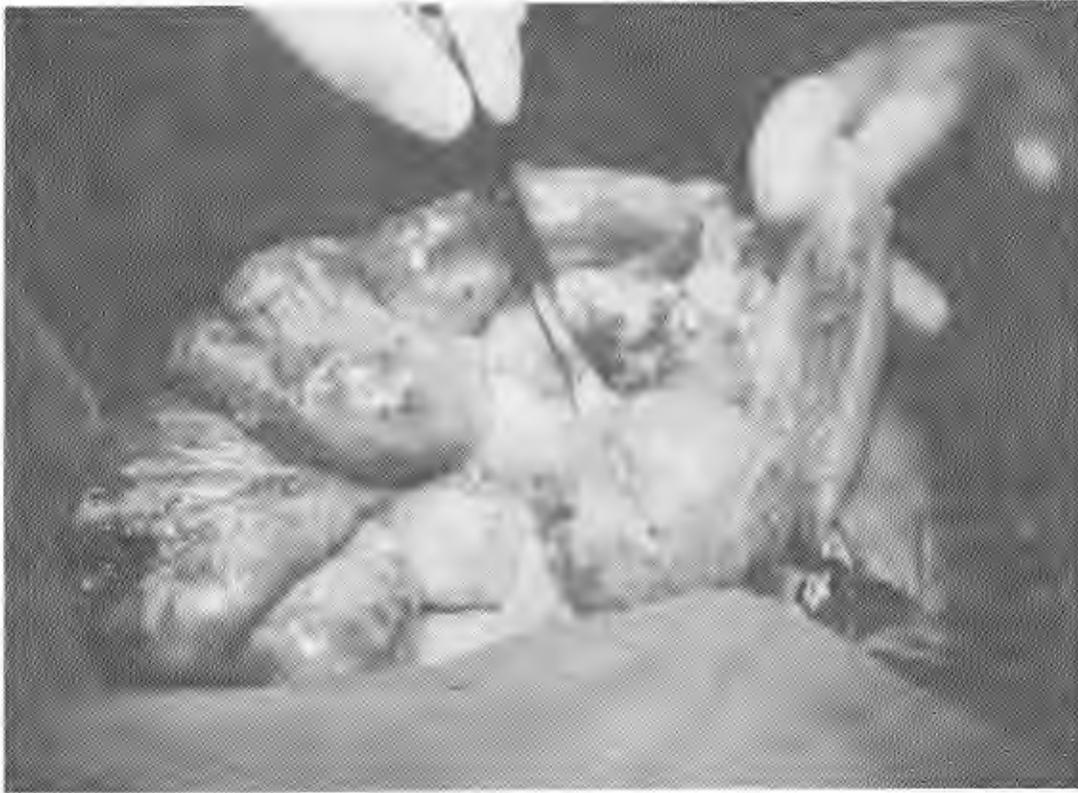


Figura 1. Duplicación quística y tubular de ileón, en donde se observa perforación en el fondo de saco distal.

Este paciente presentó perforación por úlceras pépticas con mucosa gástrica ectópica e inminencia de ruptura por otras, es la razón por la que hay que extirpar toda la duplicación para no dejar tejido ectópico a partir del cual se iniciaría una complicación definitiva.

Es conveniente consignar que, como en este caso con úlcera péptica sin comunicación, la perforación es lo esperado al complicarse, antes que el sangrado por erosión que se ha encontrado como dato fundamental en otras duplicaciones.^{8 11}

Existe relación entre alteraciones congénitas esqueléticas vertebrales que orientan a pensar en una duplicación intestinal, por lo que se recomienda que al descubrir estas anomalías en pacientes con la sintomatología descrita en nuestro paciente es posible integrar el diagnóstico precozmente.¹⁶

Hay informes de niños que han desarrollado

sangrado rectal y masa abdominal años después de la intervención quirúrgica, en la que no se ha removido totalmente la duplicación usando la técnica más conservadora del despegamiento o raspado, dejando lo más adherido con el afán de no realizar una operación más cruenta, sin embargo a largo plazo resulta riesgoso.^{9 13 20 21}

Bibliografía

1. Roger J. Bartels, "Duplication of the stomach. Cass report; and review of the literature, *American surge*, No. 33, pp. 749-752, 1967,
2. Leenders E., Z. M., Sukarochana K., "Treatment of duodenal duplication" With international review *American Surgeon*, 1970, pp. 368-371.
3. Farrell C., Y.W.I., T.W.F. jr., A.T.T., "Duodenal duplication. Case report and literature review," *Annals of surgery*, vol. 162, no. 5, 1965, pp. 910-916.

4. Mcpherson A.G., Trapnell J.E., Airth G.R., "Duplication of the colon", *Brit J. Surge*, vol. 56, no. 2, 1979, pp. 138-142.
5. Beach P.D. Wright H.R., Deffer P.A., "Duplication of the primitive hindgut of the human being. An 8 year follow-up of a previous case report", *Pediatric Surgery*, vol. 66, no. 2, 1969, pp. 405-411.
6. Soper R.T., "Tubular duplication of the colon and distal ileum. Case report and discussion", *Surgery*, vol. 63, no. 6, 1968, pp. 998-1004.
7. Wrenn E. L. Jr., "Tubular duplication of the small intestine", *Pediatric Surgery*, vol. 52, no. 3, 1961, pp. 494-498.
8. Johnstone M.J., Clegg J.F., "Gastrointestinal haemorrhage from small bowel duplication", *Postgraduate Medical Journal*, 53, 1977, pp. 700-702.
9. Barkley R.M., Muñoz O., Parkey R.W., "Intestinal duplication detected with technetium-99m sodium pertechnetate imaging of the abdomen", *Digestive Diseases*, vol. 22, no. 12, 1977, pp. 1122-1126.
10. Battisti C., Cairoli G., Giuntoli M., Viggiano, V., "Considerazioni su alcuni casi di duplicazioni intestinali", *Minerva Pediatrica*, no. 30, 1978, pp. 491-499.
11. Sherman N.J., Morrow D., Asch., "A triple duplication of the alimentary tract", *Journal Pediatric Surgery*, vol. 13, no. 2, 1978, pp. 187-188.
12. Singh S., Minor C.L. "Cystic duplication of the rectum. A case report", *Journal of Pediatric Surgery*, vol. 15, no. 2, 1980, pp. 205-206.
13. Waterston T., Lyall M.H., Longrigg N., Wisbey M.L., "Diagnosis of intestinal duplication by 99 Tcm: Pertechnetate Scanning", *Brit J. Surg*, no. 67, 1980, pp. 419-420.
14. Brown S., Kerr-Wilson R., "Intra-oral duplication cyst", *Journal of Pediatric Surgery*, vol. 13, no. 1, 1978, pp. 95-96.
15. Dickinson W.E., Weinberg S.M., Vellios F., "Perforating ulcerina duodenal duplication", *The American Journal of Surgery*, no. 122, 1971, pp. 418-420.
16. Wilkinson D.J., M.B., Chir B., y col., "Intestinal duplication. A report of two cases", *Br. J. of Radiology*, no. 46, 1973, pp. 1070-1072.
17. Garcez J.L., Rosa M.P., "A propos d' un cas de duplication intestinale chez l'adulte", *Acta Chirurgica Belgica*, no. 5, 1978, pp. 343-346.
18. Uhrich C.P., "Duplication of the small intestine", *Am. J. Gastroenterology*, vol. 58, no. 4, 1972, pp. 447-449.
19. Frieden J. H., Kaplan L., "Duplication of the terminal ileum with intussusception in an adult", *Am. J. Gastroenterology*, vol. 73, no. 6, 1980, pp. 523-527.
20. Della D.P., Grgiulo V., Tancredi F., "Tubular duplication of the bowel, use of technetium 99m pertechnetate in diagnosis", *Dis. Child*, vol. 53, no. 2, 1978, pp. 178-179
21. Cunningham P., Rose J.S., Sokol A., Bleicher A.M. "A case of neonotal intussusception", *Journal of Pediatric Surgery*, vol. 15, no. 2, 1980, pp. 203-204.