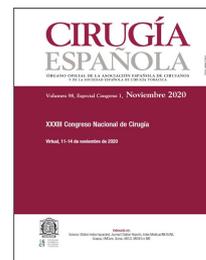




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-081 - EXÉRESIS ASISTIDA POR ENDOSCOPIA EN QUISTE DE DUPLICACIÓN GÁSTRICA: UNA ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO

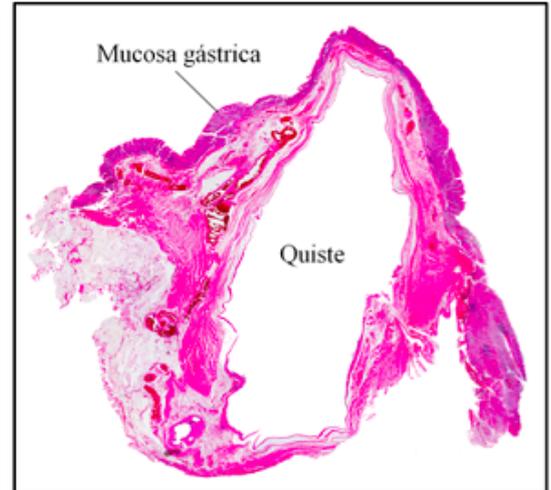
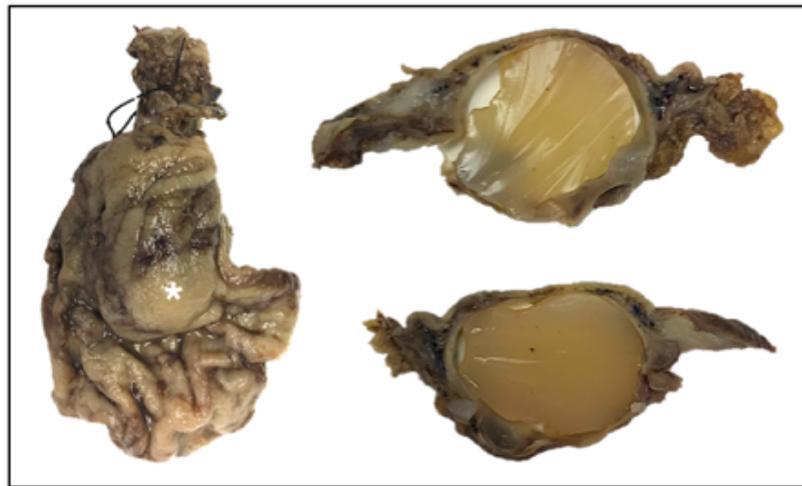
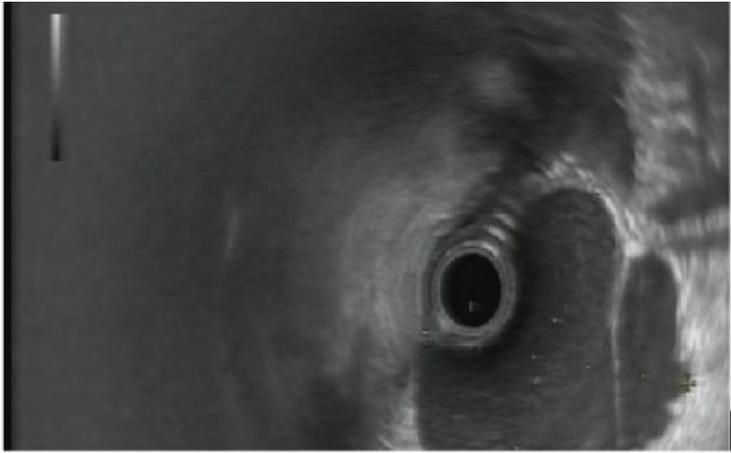
Nieto Barros, Víctor; Rodríguez Cuéllar, Elías; Nutu, Anisa; Nárvaez Chávez, Cristina; de la Cruz Vigo, Felipe; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Los quistes de duplicación gástrica son anomalías congénitas raras de etiología y manejo controvertido.

Caso clínico: 57 años, VHC en cuyo seguimiento vemos una lesión gástrica de aumento progresivo con riesgo de trombosis de vena esplénica. Eco-endoscopia: lesión gástrica submucosa 53 × 36 mm con tabique hacia muscular, contenido hiperecogénico homogéneo avascular. CT describe en la UGE una masa submucosa exofítica que depende de la cara posterior gástrica; densidad líquido con bordes bien definidos y realce de pared. Se plantea GIST como primera opción diagnóstica. Se realiza PAAF dirigida con EUS congruente para lesión quística epidermoide benigna. Se realizó gastrectomía polar laparoscópica reconstruida en Y de Roux asistida con endoscopia intraoperatoria. El análisis anatomopatológico describe pared gástrica en continuidad con mucosa esofágica en cuyo espesor hay una lesión quística uniloculada ocupada de material gelatinoso ambarino sin comunicación con la luz del estómago. El estudio histológico muestra un quiste intramural revestido por epitelio pseudoestratificado compatible con epitelio respiratorio. Diagnóstico definitivo de “quiste por duplicación resecao totalmente”.



Discusión: Las duplicaciones intestinales son malformaciones congénitas raras. La localización por orden descendente de frecuencia: íleon, esófago, yeyuno, colon y estómago. Son formaciones quísticas tapizadas por mucosa adyacentes al tracto digestivo con la que comparten pared y aporte sanguíneo. Están revestidos por epitelio digestivo, pero se ha descrito mucosa heterotópica. Etiología controvertida, en general se acepta que son el resultado de una alteración entre el ectodermo, la notocorda y el endodermo durante la embriogénesis temprana. La malformación asociada más frecuente es la duplicación esofágica. La presencia de epitelio respiratorio mucoso ha dado lugar también a la teoría de que el origen podría ser a partir de alteraciones de la porción más caudal del esbozo laringotraqueal. Los quistes gástricos (4-8% de todos los quistes de duplicación) suelen encontrarse en la curvatura mayor en región antropilórica. Se clasifican en quísticos (80%) o tubulares (20%) en función de su comunicación con la luz estomacal. En el adulto suelen ser asintomáticos. Se han descrito casos de elevación de marcadores tumorales sin evidencia de malignidad, este hecho apunta al posible carácter premaligno. En estos casos suele degenerar a adenocarcinoma. Se han descrito estrictos criterios radiológicos para el diagnóstico con el CT y la eco-endoscopia como protagonistas. La ecografía endoscópica es de elección, muestra una lesión hipoecogénica con mucosa interna ecogénica. Es raro ver adenopatías y el eje vascular suele estar conservado. La USE asocia a su vez la posibilidad de realizar biopsias para descartar malignidad. CT y RMN son importantes para determinar la naturaleza quística, extensión y relación con las distintas estructuras. Presentan pared fina hipercaptante. El diagnóstico definitivo lo dará el análisis anatomopatológico tras la exéresis quirúrgica. Suele apreciarse una pared quística con epitelio pancreático, gastrointestinal o mucosa respiratoria. El diagnóstico diferencial incluye todas las masas quísticas abdominales. Los tumores del estroma gastrointestinal son la entidad con la que más frecuentemente se hace un diagnóstico equivocado. La exéresis quirúrgica parece el tratamiento más aceptado de cara a evitar posibles complicaciones y porque se han descritos casos de degeneración tumoral.