



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-190 - QUISTE MALIGNIZADO DE DUPLICACIÓN GÁSTRICA EN EL ADULTO

De Diego Domínguez, Ana; Alcoba García, Luis Miguel; Gotor, Tania; Gómez, Olga; Gisbert, Marta; Canga Presa, Jose María; Diago Santamaría, María Victoria

Complejo Asistencial de León, León.

Resumen

Introducción: El quiste de duplicación gástrica es una anomalía congénita infrecuente, entre 4 y 9% de todas las duplicaciones del tubo digestivo. La mayoría de los casos se diagnostica en el periodo neonatal. En el adulto, cursa de forma asintomática y el TC o RMN la descubren de forma incidental. La extirpación quirúrgica de la lesión es el tratamiento de elección.

Caso clínico: Varón de 65 años que consulta por epigastralgia. Se realiza gastroscopia sin hallazgos de interés, y tránsito con bario que demuestra compresión extrínseca en antro gástrico a nivel de la curvatura mayor sin comunicación con la luz gástrica. Ecografía que observa formación quística bilobulada, con pequeña cantidad de contenido hipoecoico, paredes engrosadas y vascularización, parece depender del antro gástrico (10,1 × 8,2 × 5,8 cm) y TAC informado como masa quística polilobulada de 11 × 5 cm con pared gruesa, polos sólidos y algunas calcificaciones puntiforme, en íntimo contacto con la pared anteroinferior del antro gástrico en la región prepilórica. Se interviene mediante laparoscopia asistida por robot con objetivando gran tumoración heterogénea dependiente de antropíloro que infiltra mesocolon transversal y cabeza de páncreas ampliamente y objetivando carcinomatosis difusa en peritoneo, meso de delgado, epiplón superficie hepática y metástasis hepática. Se realiza derivación gastroyeyunostomía transmesocólica retrogástrica mecánica y pie de asa en Y de Roux y toma de biopsias.

Discusión: La duplicación digestiva se diagnostica en el periodo neonatal en el 80% de los casos. La gástrica es la menos frecuente (3-4%). La localización más común es la curvatura mayor gástrica y predomina en mujeres. En el adulto, cursa de modo asintomática más frecuentemente y se descubre de manera incidental. Cuando da síntomas suelen ser inespecíficos como dolor abdominal, vómitos, pérdida de peso, o masa epigástrica; o dar síntomas por complicaciones como obstrucción, sangrado, fistula o perforación. El tipo histológico maligno más frecuente es el adenocarcinoma. Se han descrito también carcinomas neuroendocrinos, carcinomas de células escamosas y carcinomas epiteliales. El diagnóstico se basa en el TAC y la RM, aunque la ecoendoscopia puede obtener material histológico mediante PAAF. El diagnóstico diferencial se plantea con quistes y pseudoquistes pancreáticos, quistes mesentéricos, quistes hidatídicos y tumores intramurales gástricos. Se han descrito 150-200 casos en la literatura y solo 15-20 malignizados. Existe controversia en el tratamiento si son asintomáticos, pudiendo realizarse control evolutivo. Pero la actitud más extendida es la extirpación quirúrgica completa del quiste se por el riesgo de malignización. En los tumores gástricos estadio IV, la resección es la mejor paliación si es posible, y

en caso de que no lo fuese, la derivación gastroyeyunal es una buena alternativa que proporciona de forma paliativa calidad de vida al paciente.