



P-490 - QUISTE DE DUPLICACIÓN GÁSTRICA COMPLICADO

L. Dorado Castro, M. Alvite Canosa, P. Montoto Santomé, M. López López, R. González López, L. Ramírez Ruiz, J. Conde Vales, A. Álvarez Gutiérrez, I. Monjero Ares y J.A. Costa Buján

Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo.

Resumen

Introducción: El quiste de duplicación gástrica es una malformación congénita infrecuente y de diagnóstico habitual en la edad pediátrica. Frecuentemente es asintomático y constituye un hallazgo casual durante la realización de una prueba de imagen por otra causa. Presentamos el caso de un quiste de duplicación gástrica complicado.

Caso clínico: Mujer de 51 años valorada en urgencias por presentar dolor en FII y fiebre. Se realiza TAC abdómino-pélvico que confirma diverticulitis aguda no complicada e incidentalmente se hallan lesiones sólidas complejas retroperitoneales de 6,2 × 6,1 × 4,3 sospechoso de adenopatías patológicas. Se ingresa para tratamiento médico y completar estudios. Se realiza colangiografía, donde definen las lesiones como pseudoquistes órgano-independientes y ecoendoscopia, en la que las describen como adenopatías patológicas versus tumor retroperitoneal, realizando biopsia de resultado no concluyente. Tras resolverse el episodio de diverticulitis es dada de alta para continuar estudios ambulatorios. Cuatro días después acude por epigastalgia y fiebre de 39°. Se realiza TAC abdómino-pélvico visualizándose aumento del tamaño de las lesiones retroperitoneales. Se ingresa de nuevo con la sospecha de sobreinfección del quiste. Dado que continúa con fiebre y dolor se interviene, hallándose una masa retrogástrica quística multilobulada, abcesificada, de paredes gruesas y tonalidad pardo clara de unos 8 cm infiltrando e órganos contiguos por lo que se realiza gastrectomía total con anastomosis en Y de Roux, pancreatocistomía distal, suprarrenalectomía parcial y esplenectomía. El estudio histológico informa que se trata de un quiste de duplicación gástrica con importante componente inflamatorio crónico y agudo, con revestimiento epitelial tipo entérico y células columnares mucoproducidas. En el cultivo crece un *Enterobacter cloacae* multirresistente. El postoperatorio es favorable, altándose al 10º día.

Discusión: Los quistes de duplicación o quistes de Foregut son malformaciones congénitas de ubicación más frecuente en: íleon, esófago y colon. Los de ubicación gástrica y duodenal representan menos de 7%. Estos afectan en un 80% a mujeres, siendo la mayor parte de los casos diagnosticados en menores de 12 años. Son de origen entérico o neuroentérico, generalmente se encuentran ocupados por mucina y alcanzan grandes tamaños. Si tienen mucosa gástrica ectópica, la secreción ácida puede ulcerarlo y perforarlo. Clínicamente se presentan por dolor abdominal, vómitos o masa palpable. Menos frecuentes son las complicaciones: fiebre, obstrucción, perforación... Las técnicas diagnósticas empleadas habitualmente son: TAC abdominal, RMN y ecoendoscopia. No siempre tienen el patrón radiológico de lesiones quísticas, ya que en ocasiones

presentan importante componente inflamatorio confundiendo con lesiones sólidas. Hoy en día se está abandonando el uso de biopsia por ecoendoscopia, ya que es frecuente la sobreinfección del quiste, conllevando la necesidad de realizar tratamiento quirúrgico urgente más radical y emplear antibioterapia de amplio espectro. El tratamiento debe ser quirúrgico en casos sintomáticos y de complicaciones. Lo que no está tan claro es los casos asintomáticos, donde unos defienden la cirugía, por la posibilidad de malignización o complicaciones y otros el tratamiento conservador, ya que estas complicaciones son raras.