

Duplicación quística duodenal y su resolución endoscópica



Duodenal duplication cyst and its endoscopic resolution

Sr. Director:

La duplicación quística duodenal (DQD) es una anomalía congénita muy infrecuente^{1,2}. En la mayoría de los casos se detecta en la infancia con sintomatología de carácter obstructivo intestinal o biliar. El tratamiento ha sido tradicionalmente quirúrgico³, mediante su completa resección. Presentamos la resolución del caso mediante tratamiento endoscópico de forma sencilla y rápida.

Mujer de 37 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por dolor abdominal posprandial agudo y recidivante, acompañado de vómitos, que se ha intensificado en las últimas semanas. Se realiza endoscopia oral, donde a nivel de la segunda porción de duodeno se observa una amplia formación polipoidea, con mucosa conservada (fig. 1). Se realiza TAC abdominal y colangiografía resonancia magnética, donde se objetiva un quiste de duplicación duodenal de 5 cm, sin comunicación con las vías biliares ni el páncreas, tras lo cual se decide tratamiento endoscópico mediante drenaje del mismo. Tras la punción con esfinterotomo de aguja y el relleno con contraste de la cavidad quística, realizamos introducción de una guía y posterior ampliación con esfinterotomo de la apertura con lavado posterior y comprobación de su vaciamiento completo, sin complicaciones (figs. 2 y 3). Un año después la paciente permanece asintomática, y en la nueva gastroscopia se comprueba un colgajo completamente vacío y atrófico.

La DQD representa las duplicaciones del tracto digestivo menos frecuentes (5-7%), estimándose una incidencia de un caso por cada 25.000. Habitualmente su diagnóstico se realiza en la infancia en relación con síntomas de carácter obstructivo, principalmente vómitos y dolor abdominal posprandial, aunque hasta en un tercio de los pacientes se manifiesta bruscamente en la edad adulta³. Existen varias

teorías sobre el origen de la DQD, todas basadas en un defecto en el desarrollo embriológico, aunque la etiología concreta aún no está suficientemente clarificada².

Habitualmente son quistes esféricos que se localizan en la primera o segunda porción duodenal, en el borde mesentérico de la pared anterior y que no se comunican con el tubo digestivo, aunque también pueden ser tubulares y tener una comunicación del segmento final de la vía biliar y pancreática que puede estar incluido en la DQD¹⁻³. Normalmente están tapizados por mucosa duodenal, pero también puede detectarse mucosa gástrica (15% de DQD), intestinal o tejido pancreático^{1,2}.

El tratamiento ha sido tradicionalmente la resección quirúrgica. Hasta la fecha muy pocos casos han sido tratados endoscópicamente⁴⁻⁸, tras la primera descripción en 1984. El tratamiento endoscópico consiste en el drenaje endoscópico



Figura 2 Apertura del quiste.

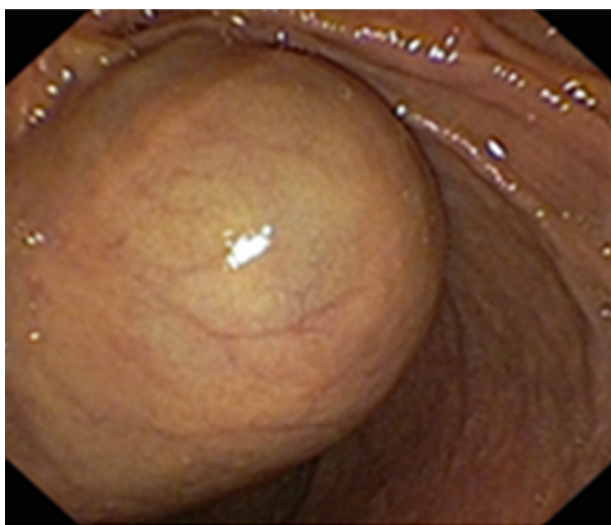


Figura 1 Visión endoscópica.



Figura 3 Contraste tras la apertura.

del quiste mediante la apertura del mismo. En los distintos métodos empleados la apertura se realiza sobre la porción anterior, logrando una apertura suficiente y persistente, mediante la dilatación o incluso mediante la colocación de endoprótesis plástica⁹. En nuestro caso conseguimos un correcto drenaje con esfinterotomo de aguja y apertura, que posteriormente ampliamos con un esfinterotomo estándar, siendo este el punto clave del tratamiento para evitar un llenado posterior y, de esta manera, su recurrencia clínica.

Pensamos que el tratamiento endoscópico que presentamos ofrece una alternativa eficaz en aquellos casos en los que no exista comunicación con las vías biliares o con el conducto pancreático y que debería ser considerada como tratamiento de primera elección debido a su facilidad técnica y a sus escasos efectos adversos.

Bibliografía

1. MacPherson RI. Gastrointestinal tract duplications: Clinical, pathologic, etiologic and radiological considerations. *Radiographics*. 1993;13:1063-80.
2. Merrot T, Anastasescu R, Pankevych T, Tercier S, Garcia S, Alesandrini P, et al. Duodenal duplications. Clinical characteristics, embryological hypotheses, histological findings and treatment. *Eur J Pediatr Surg*. 2006;16:18-23.
3. Antaki F, Tringali A, Deprez P, Kwan V, Costamagna G, le Moine O, et al. A case series of symptomatic intraluminal duodenal duplication cysts: Presentation, endoscopic therapy, and long-term outcome. *Gastrointest Endosc*. 2008;67:163-8-L.
4. Johanson JF, Geenen JE, Hogan WJ, Huibregtse KH. Endoscopic therapy of a duodenal duplication cyst. *Gastrointest Endosc*. 1992;38:60-4-L.
5. Wada S, Higashizawa T, Tamada K, Tomiyama T, Ohashi A, Satoh Y, et al. Endoscopic partial resection of a duodenal duplication cyst. *Endoscopy*. 2001;33:808-10.
6. Sezgin O, Altiparmak E, Yilmaz U, Saritaş U, Sahin B. Endoscopic management of a duodenal duplication cyst associated with biliary obstruction in an adult. *J Clin Gastroenterol*. 2001;32:353-5.
7. Al Traif I, Khan MH. Endoscopic drainage of a duodenal duplication cyst. *Gastrointest Endosc*. 1992;38:64-5.
8. Vandenbroucke F, Dagenais M, Létournau R, Lapointe R, Roy A. Endoscopic treatment of a duodenal cyst. *Endoscopy*. 2005;37:601.
9. Tekin F, Ozutemiz O, Ersoz G, Tekesin O. A new endoscopic treatment method for a symptomatic duodenal duplication cyst. *Endoscopy*. 2009;41:E32-3.

Felipe Martínez-Alcalá García^{a,*}, José Manuel Pérez Pozo^a, Alvaro Martínez-Alcalá García^b, José Antonio Ciria Ávila^a y Felipe Martínez Alcalá^a

^a *Centro Andaluz de Gastroenterología Integral, Sevilla, España*

^b *Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fmartinezalcalagarcia@gmail.com (F. Martínez-Alcalá García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.11.003>