

## Duplicación quística de colon en adulto



### Colonic duplication cyst in adult

Las duplicaciones del tracto gastrointestinal son anomalías congénitas poco comunes que pueden afectar cualquier parte del mismo, cuya incidencia se sitúa aproximadamente en uno de cada 4.500 individuos<sup>1</sup>. Su pared suele presentar todas las capas del tracto digestivo normal con una mucosa revestida por epitelio del segmento con el que esté en relación o de otra parte del mismo<sup>2</sup>. Pueden comunicarse o no con el intestino normal y presentar cualquier tamaño y forma, pero aproximadamente el 80% son quísticos y el resto tubulares. La gran mayoría se diagnostica antes de los dos años, aunque algunos pacientes pueden permanecer asintomáticos, siendo raro su diagnóstico en adultos<sup>2</sup>.

Presentamos una paciente de 47 años a la que se le realizó una ecografía abdominal por infecciones urinarias de repetición encontrando de forma casual una masa mesentérica inespecífica. El estudio se completó con tomografía computarizada (TC) abdominal que informó de una masa quística de unos 7 cm, dependiente del mesenterio, con densidad homogénea y contornos lisos, que no distorsionaba ni retraía asas intestinales, siendo independiente de la pared de las mismas (fig. 1). A nivel digestivo la paciente se encontraba asintomática. Tras ser presentada en Comité de tumores, se realizó una laparotomía exploradora en la que se localizó dicha lesión situada en el mesocolon transverso, totalmente independiente del tubo digestivo, que impresionaba macroscópicamente de un quiste de duplicación de colon (fig. 2). La pieza fue remitida para estudio anatomopatológico, que confirmó el diagnóstico, sin evidenciar signos de displasia ni mucosa gástrica ectópica. El postoperatorio fue satisfactorio, dando el alta a los tres días.

Los quistes de duplicación pueden originarse a cualquier nivel del tracto gastrointestinal, siendo más frecuentes en íleon<sup>1,2</sup> seguido de yeyuno y duodeno. El colon supone la localización menos común<sup>1-3</sup>, con menos de 100 casos publicados. McPherson et al.<sup>4</sup> clasificaron las duplicaciones de colon en tres tipos: Tipo I o quiste simple, tipo II o divertículo, y tipo III o duplicación tubular. Existen varias teorías acerca de su formación como el síndrome de la notocorda dividida, persistencia de divertículos embrionarios, defectos de recanalización o alteraciones intrauterinas debido a traumatismo o hipoxia<sup>2,5</sup>. Además, pueden asociarse con otras anomalías del tracto urinario, genital o vertebrales<sup>1</sup>.

Clínicamente pueden presentar una amplia variedad de síntomas, dependiendo de su localización, tamaño y tipo de mucosa, aunque la mayoría son asintomáticos, como en nuestro caso. Su manifestación clínica más frecuente es el dolor abdominal, probablemente por distensión del quiste o por compresión de órganos adyacentes. La



**Figura 1** TC abdominal mostrando masa quística de unos 7 cm.

mucosa gástrica está presente en alrededor del 50%, lo que justifica la hemorragia digestiva como síntoma debido a la ulceración de la mucosa gástrica ectópica. La degeneración maligna de los quistes de duplicación es rara, pero la mayoría ocurre en casos cuya localización es el colon, siendo el adenocarcinoma el tipo histológico más común<sup>1,3</sup>.

Su diagnóstico en adultos es infrecuente y su hallazgo suele ser casual, normalmente durante una intervención quirúrgica debida a una complicación del mismo, como una volvulación o perforación. El diagnóstico clínico es difícil, pero podemos identificarlos mediante diversas pruebas de imagen. En la radiografía simple de abdomen podemos encontrar una distensión del colon duplicado con presencia de nivel hidroaéreo aunque, al igual que la ecografía, suelen aportar una información limitada<sup>5</sup>. La colonoscopia y el enema baritado pueden ser útiles en los casos en los que exista comunicación con la luz intestinal, aunque en este último también podemos observar un efecto de desplazamiento o compresión por la masa. En caso de llevar a cabo una colonoscopia se debe ser sumamente cuidadoso debido al riesgo de perforación. La TC abdominal es la prueba más adecuada para su diagnóstico, mostrando habitualmente una masa redondeada de aspecto quístico con contenido líquido o estructuras tubulares con paredes delgadas<sup>2,5</sup>. El tratamiento recomendado es la resección, preservando la vascularización del colon adyacente, tanto en los sintomáticos como en los asintomáticos, debido al riesgo de malignización y para evitar complicaciones futuras<sup>2,3</sup>.

En conclusión, los quistes de duplicación de colon suponen una rara patología, habitualmente diagnosticada en la infancia, que presentan una sintomatología poco específica. Su diagnóstico puede ser complicado en la práctica diaria debido a su baja incidencia, especialmente en adultos, aunque debería tomarse en cuenta en el diagnóstico diferencial ante una masa quística abdominal, especialmente si se asocia a síntomas digestivos.

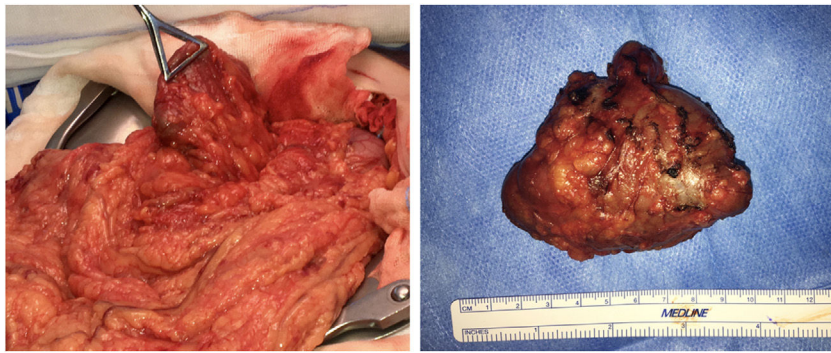


Figura 2 Hallazgo intraoperatorio y pieza quirúrgica de la lesión localizada en la transcavidad de los epiplones.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Ricciardolo AA, Iaquina T, Tarantini A, Sforza N, Mosca D, Serra F, et al. A rare case of acute abdomen in the adult: The intestinal duplication cyst Case report and review of the literature. *Ann Med Surg.* 2019;40:18–21, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amsu.2019.03.002>.
2. Wu X, Xu X, Zheng C, Li B. Tubular colonic duplication in an adult: case report and brief literature review. *J Int Med Res.* 2018;46:2970–5, <http://dx.doi.org/10.1177/0300060518773016>.
3. Mourra N, Chafai N, Bessoud B, Reveri V, Werbrouck A, Turet E. Colorectal duplication in adults: report of seven cases and review of the literature. *J Clin Pathol.* 2010;63:1080–3, <http://dx.doi.org/10.1136/jcp.2010.083238>.
4. McPherson AG, Trapnell JE, Airth GR. Duplication of the colon. *Br J Surg.* 1969;56:138–42.
5. Herrero AA, Montañó OC, Martínez P. Duplicación colónica Informe de un caso y revisión de la literatura. *Rev Gastroenterol Mex.* 2008;73:36–9.

Pablo Rodríguez García\*, Ainhoa Sánchez Pérez, Elena Romera Barba, Purificación Calero García y Rafael González-Costea Martínez

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pablorg924@gmail.com](mailto:pablorg924@gmail.com) (P. Rodríguez García).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.11.016> 0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.