

Duplicación intestinal independiente

F. Seguel Ramírez, M. Álvarez Bernaldo de Quirós, J.C. Ollero Fresno, V. Rollán Villamarín

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital "Niño Jesús", Madrid

RESUMEN: Existen algunos tipos poco frecuentes de duplicación intestinal en el tubo digestivo que no cumplen todos los criterios clásicos de su definición. Se presenta el caso clínico de una duplicación intestinal independiente de intestino delgado que debuta con abdomen agudo, encontrándose en la intervención una tumoración quística perforada y separada de la pared de intestino sano, que se pudo resear completamente conservando el intestino normal adyacente, debido a que presentaba una irrigación vascular propia. Se analiza la nueva clasificación vascular de duplicación intestinal y su importancia en el tratamiento quirúrgico de esta patología.

PALABRAS CLAVE: Duplicación intestinal independiente; Clasificación vascular.

INDEPENDENT INTESTINAL DUPLICATION

ABSTRACT: Some types of intestinal duplication are an infrequent clinical condition in the gastroenterology tract that do not meet all classic requisites for their definition. We present a case of independent intestinal duplication from small intestine that starts with acute abdomen; cystic, perforated and separated tumor from wall of normal intestine was founded during surgery. It was totally resected with preservation of normal intestine adjacent, because it was an independent vascular supply. We review a new vascular classification of intestinal duplication and their importance in surgical treatment of this matter.

KEY WORDS: Independent intestinal duplication; Vascular classification.

INTRODUCCIÓN

La duplicación intestinal es una malformación congénita poco frecuente que puede ocurrir a cualquier nivel del tubo digestivo. Esta malformación debe cumplir clásicamente al menos tres criterios de inclusión para ser catalogada como

Correspondencia: Mercedes Álvarez Bernaldo de Quirós, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital "Niño Jesús", Avda. Menéndez Pelayo, 65, 28009 Madrid.

Recibido: Junio 2001

Aceptado: Octubre 2001

duplicación intestinal verdadera: cubierta fina bien desarrollada, línea epitelial representativa de alguna porción del tubo digestivo e íntima adherencia a alguna porción del tracto del tubo digestivo⁽¹⁾.

Se presenta el caso clínico de una duplicación intestinal ileal independiente, que no cumple uno de los criterios clásicamente descritos ya que no está en íntima relación con el intestino y que debe ser clasificada de una forma distinta. Recientemente se ha descrito una nueva forma de clasificación basada en la distribución de la vascularización tanto del intestino como de la duplicación, que explicaría algunas variantes raras de esta malformación⁽²⁾, y dentro de la cual podría incluirse el caso clínico descrito.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 3 años de edad, sin antecedentes personales y familiares de interés, que acude a urgencias por presentar un cuadro de tres días de evolución con fiebre alta, dolor abdominal de tipo cólico intermitente y vómitos alimentarios en las últimas 24 horas. No presenta enfermedad concomitante. En la exploración se aprecia decaimiento, abdomen blando y depresible, sin masas ni visceromegalias, y dolor selectivo en hipogastrio. El resto de la exploración es normal. Las pruebas complementarias realizadas fueron un hemograma sin leucocitos ni desviación izquierda pero con una proteína C reactiva de 4,20 mg/dL, y una radiografía simple de abdomen en la que no se aprecia nada patológico, por lo que se efectúa una ecografía abdominal donde se visualiza el ovario izquierdo, pero no se identifican el útero ni el ovario derecho. Se aprecia una imagen hipoeoica y quística, situada en región supravesical (Fig. 1).

Se interviene de urgencia por sospecha de torsión de quiste de ovario derecho. Se efectúa incisión de Pfannenstiel, encontrándose los ovarios normales. En intestino delgado y a 20 cm del ciego se encuentra una formación quística, de 8 x 4 cm,

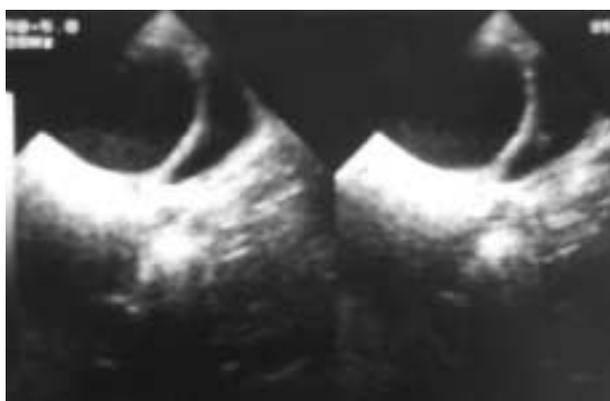


Figura 1. Ecografía abdominal que muestra imagen hipoeoica y quística en situación supravescical.



Figura 2. Tumoración quística, de 8 x 4 cm, perforada, con salida de material mucopurulento, situada en el mesenterio próximo a la pared intestinal, y que macroscópicamente recuerda a intestino.

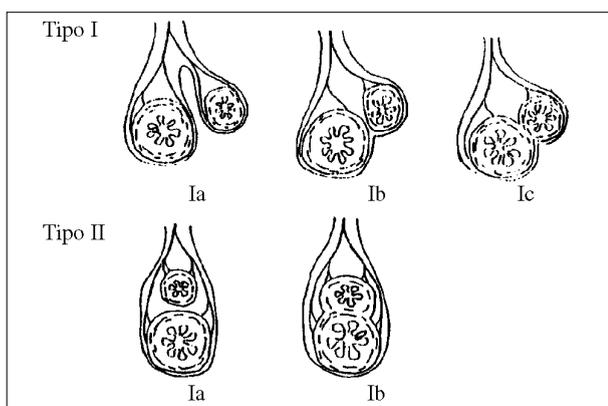


Figura 3. Clasificación vascular de intestino delgado. Según L. Long y cols.⁽²⁾

perforada, con salida de material mucopurulento, situada en el mesenterio próximo a la pared intestinal, y que macroscópicamente recuerda a intestino (Fig. 2). Extirpación de la formación quística, apendicectomía, toma de muestra para cultivo y lavado de la cavidad abdominal. El postoperatorio transcurre sin incidentes, siendo dada de alta a los 7 días de la intervención.

Informe de anatomía patológica

Formación intestinal de 9 x 4 cm de diámetro, con extremos ciegos y una solución de continuidad a nivel medio, que se halla situada aisladamente en meso para-ileal terminal. Está constituida por una pared delgada compuesta por mucosa intestinal con distintos grados de atrofia e importantes fenómenos de exulceración y ulceración, submucosa edematosa hemorrágica o necrótica, con musculares y serosa con los mismos cambios de distinta intensidad, que corresponde a una duplicación intestinal ileal independiente, perforada y con distintos cambios inflamatorios isquémico-necróticos. Apéndice con hiperplasia linfoide reactiva y leves cambios inflamatorios. Ganglio mesentérico con cambios reactivos.

DISCUSIÓN

La incidencia de la duplicación intestinal es de 1 por cada 4.500 autopsias, representando un 0,2% en niños⁽³⁾. Existe un predominio en varones blancos, sin incidencia familiar. El intestino delgado es el sitio más común de duplicación intestinal. Le siguen en frecuencia, la gástrica, duodenal, rectal y, por último, la toraco-abdominal que es extremadamente infrecuente. La duplicación de intestino delgado representa más del 40% del total. Las duplicaciones sincrónicas pueden ocurrir hasta en el 15% de los casos⁽⁴⁾. Las duplicaciones intestinales pueden dividirse en quísticas y tubulares.

Debido a la presencia de otras formas de duplicación intestinal poco frecuentes, ha surgido una clasificación de duplicación intestinal nueva que las divide según el tipo de circulación (Fig. 3), en tipo I, en que la duplicación está a un lado del mesenterio y las arterias de la duplicación transcurren paralelas e independientes a la vascularización intestinal; y en tipo II, en que la duplicación está entre las dos cubiertas del mesenterio y su irrigación procede de las arterias principales que irrigan el intestino y que rodean ambas superficies de la duplicación⁽¹⁾.

Dentro del tipo I se pueden, además, describir y diferenciar subtipos: el Ia, en que la duplicación tiene un meso independiente; Ib, en que la duplicación presenta un meso común con el intestino, y Ic, en que la duplicación está unida al intestino por una pared muscular común. Dentro del tipo II, el subtipo IIa en que la pared de la duplicación está separada del intestino, y IIb, en que la duplicación e intestino comparten una pared muscular común.

El caso clínico presentado se puede incluir dentro del subtipo Ib, ya que la duplicación presentaba un meso común con el intestino.

Los subtipos Ia y Ib son susceptibles de resección completa sin alterar la anatomía del intestino, no siendo esto posible para los otros subtipos de duplicación.

Es prioritario, por lo tanto, el reconocimiento del tipo de irrigación que recibe la duplicación intestinal con la finalidad de no alterar el riego sanguíneo del intestino durante la intervención quirúrgica y para la adecuada resección en cada caso.

El diagnóstico se efectúa de acuerdo a las diferentes características que posea la duplicación, dependiendo de su tipo y localización. Los síntomas y signos clínicos abdominales varían dependiendo de la presencia de complicaciones, pudiendo ser asintomático, y detectado como hallazgo casual en el estudio de otra patología. Las manifestaciones clínicas principales pueden ser causadas por la presencia de intususcepción, ulceración con rectorragia y/o perforación, obstrucción y vólvulo, o bien por la detección de masa abdominal. Dentro del estudio diagnóstico se incluyen diversas pruebas de imagen como la radiografía con contraste, la ecografía que permite incluso el diagnóstico prenatal, el TAC y la RNM. Todas nos darán imagen de masa o compresión de estructuras vecinas. La gammagrafía con Tc99 permite la búsqueda de mucosa gástrica heterotópica. El tratamiento es quirúrgico, con la extirpación completa de la duplicación cuando es posible. Otras opciones son el drenaje interno, mucosecto-

mía, excisión por etapas, dependiendo de la localización, tipo de duplicación y complicaciones asociadas.

Como conclusión, se puede señalar que la valoración del tipo de vascularización de la duplicación y el intestino adyacente, así como el correcto reconocimiento de los diferentes subtipos de duplicación según la clasificación vascular descrita, nos permitirá plantear la mejor opción terapéutica, con resección completa de la duplicación cuando sea posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ladd WE. Duplications of the alimentary tract. *South Med J* 1937;**30**:363.
2. Long L, Zhang JZ, Wang YX. Vascular classification for small intestinal duplications: experience with 80 cases. *J Pediatr Surg* 1998;**33**(8):1243-1245.
3. O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG. *Gastrointestinal duplications*. Pediatric Surgery, fifth edition. Mosby Year Book Inc. 1998.
4. Rudolph J, Jakschik J, Hirner A, Knopfle G. Duplication of the stomach as a rare cause of cystic epigastric tumor. *Zentralbl Chir* 1998;**123**(3):850-854.