

Duplicación gástrica yuxtapancreática *versus* quiste congénito de páncreas

V. Rollán Villamarín, F. Seguel Ramírez, J. Calderón Alonso, P. Morató Robert

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario «Niño Jesús». Madrid.

RESUMEN: Se comunica el caso de un niño afecto de una tumoración quística retrogástrica yuxtapancreática diagnosticado prenatalmente por ecografía, e intervenido a los 15 meses de vida. El diagnóstico anatomopatológico fue de duplicación gástrica y el contenido líquido del quiste tenía 1.810 U/L de amilasa. Se examinan los aspectos diagnósticos, terapéuticos y la bibliografía al respecto.

PALABRAS CLAVE: Duplicación gástrica; Diagnóstico prenatal; Quiste pancreático.

YUXTAPANCREATIC GASTRIC DUPLICATION VERSUS CONGENITAL PANCREATIC CYST

ABSTRACT: We report a clinic case of a child with yuxtapancreatic retrogastric cyst tumor diagnosed by antenatal ultrasonography, he was operated on with 15 months of age. The pathologic diagnosis was of gastric duplication and the liquid inside the cyst had 1810 U/L of amylase. We review diagnosis and therapeutic aspects and literature overview.

KEY WORDS: Gastric duplication; Antenatal diagnosis; Pancreatic cyst.

INTRODUCCIÓN

La duplicación gastrointestinal es una anomalía congénita poco frecuente, con una incidencia de 0,2% en niños⁽¹⁾; las duplicaciones gástricas representan el 20% del total de ellas⁽²⁾.

Los quistes pancreáticos congénitos también son poco frecuentes, 90% son pseudoquistes sin revestimiento epitelial y 10% son quistes verdaderos, con epitelio. Respecto a los quistes pancreáticos verdaderos se clasifican en tres tipos: quistes congénitos, quistes de retención y quistes de duplicación intestinal^(3,4).

La duplicación gástrica yuxtapancreática es extremadamente rara, con sólo 13 casos publicados en la literatura⁽³⁾.

El diagnóstico prenatal de estos casos por ecografía está descrito que disminuye la morbilidad y mortalidad asociada⁽³⁾.

CASO CLÍNICO

Varón de 15 meses, asintomático, con embarazo controlado y parto a término sin complicaciones, con diagnóstico intraútero de tumoración quística retrogástrica, por ecografías seriadas desde las 18 semanas de gestación (Fig. 1). Se realiza TAC abdominal que muestra imagen ocupante de espacio bien delimitada, retrogástrica, de tipo quístico, de 3 x 2 x 2 centímetros, que confirma el diagnóstico (Fig. 2).

En la intervención quirúrgica se encuentra una tumoración quística sobre cara anterior y mitad distal pancreática de 4 x 2 cm, en situación yuxtapancreática y separada del estómago.

Se efectúa resección íntegra sin encontrar comunicación visible con conducto pancreático. Se coloca drenaje peripancreático, que drena 4 cc/día de líquido seroso, con amilasa aumentada, que se retira a los 5 días. La amilasa y lipasa sérica fueron normales.

El estudio histopatológico informa que se trata de una formación quística constituida por mucosa gástrica de tipo antral, discontinua, que alterna con áreas de epitelio simple mucoso y de ulceración con depósitos fibrinoides. Diagnóstico: duplicación gástrica.

El contenido quístico tenía 1.810 U/L de amilasa.

Con buena evolución clínica se da alta hospitalaria sin complicaciones a los 9 días de la intervención con alimentación completa para su edad. Controles ecográficos posteriores a los 10 meses de la intervención informaron de normalidad, sin recidiva.

DISCUSIÓN

Existen muy pocos casos de diagnóstico prenatal por ecografía, referidos en la bibliografía tanto de quistes pancreáticos como de duplicación gástrica^(3,5).

Correspondencia: Vicente Rollán Villamarín, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital «Niño Jesús», Avda. Menéndez Pelayo, 65, 28009 Madrid.

Recibido: Mayo 2001. Aceptado: Septiembre 2001



Figura 1. Ecografía obstétrica (19 + 5): Imagen hipocogénica situada encima de estómago, y en contacto con la cara inferior del diafragma.



Figura 2. TAC abdominal: Imagen quística retrogástrica.

Los quistes de páncreas representan el 15% del total de las masas pancreáticas. De éstos, son muy raros los quistes de duplicación gástrica, con muy pocos casos publicados⁽³⁾.

El hallazgo de una masa quística en la cavidad abdominal de etiología poco clara y sospechosa de duplicación entérica, versus quiste pancreático como primera posibilidad no está exenta de riesgos y presenta la posibilidad de crecimiento y compresión de estructuras, alterando la función de órganos vecinos, pudiendo provocar dolor abdominal de repetición, pancreatitis, obstrucción de la vía biliar, infección, sangrado y perforación de la tumoración^(1, 3, 6-10).

El diagnóstico prenatal es muy útil para el manejo apropiado de estos pacientes y prevenir las complicaciones^(3, 5).

En ningún momento previo a la intervención se encontró evidencia clínica de afectación de estructuras y función de órganos vecinos. En la intervención se logró la excisión completa de la tumoración, que estaba adherida a páncreas en su cara anterior y mitad distal, sin evidencia macroscópica de comunicación con el conducto pancreático.

El estudio intraoperatorio del laboratorio comprobó la existencia de amilasa elevada en el interior del quiste, que indicaba la existencia de una comunicación microscópica con el conducto pancreático.

Los quistes de duplicación gástrica yuxtapancreática habitualmente tienen comunicación con el conducto pancreático, que puede pasar desapercibida en la intervención quirúrgica, con complicaciones posteriores⁽⁴⁾.

La pancreatocolangiografía endoscópica retrógrada (ERCP) puede ser de ayuda diagnóstica en los quistes yuxtapancreáticos para evidenciar la posible comunicación del quiste con la vía pancreática^(4, 11).

Revisando la literatura encontramos opiniones a favor de realizar, previo a la intervención, una ERCP en los casos de tumoraciones yuxtapancreáticas⁽¹¹⁾, pero otros creen que no está justificado a menos que el paciente haya presentado algún episodio de dolor abdominal recurrente de etiología no

precisada o bien pancreatitis aguda previa⁽⁴⁾.

Finalmente, señalar que la mejor opción terapéutica en todos estos enfermos será la resección completa del quiste cerrando la comunicación con el conducto pancreático, cuando se identifique, reservando las técnicas de drenaje interno para los quistes intrapancreáticos localizados en la cabeza del páncreas⁽¹²⁻¹⁴⁾, y las pancreatectomías distales, para los quistes localizados en el cuerpo o cola del páncreas y que no sea factible su excisión completa con cierre del conducto comunicante⁽¹⁴⁾.

El niño fue intervenido a los 15 meses, edad en que los padres decidieron que fuese tratado y lo trajeron a nuestra consulta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rudolph J, Jakschik J, Hirner A, Knopfle G. Duplication of the stomach as a rare cause of cystic epigastric tumor. *Zentralbl Chir* 1998;**123**:850-854.
2. Chawla A, Gadaleta D, Kenigsberg K, Kahn E, Markowitz J. Erosion through the posterior gastric wall by a pancreatic pseudocyst secondary to gastric duplication. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1991;**13**:115-118.
3. Daher P, Diab I, Melki G, Abi-Aad G, Korkmaz G. Congenital cyst of the pancreas. Antenatal diagnosis. *Eur J Pediatr Surg* 1996;**6**:180-182.
4. Black PR, Welch KJ, Erakis AJ. Yuxtapancreatic intestinal duplications with pancreatic communication: a cause of pancreatitis and recurrent abdominal pain in childhood. *J Pediatr Surg* 1986;**21**:257-261.
5. Correia-Pinto J, Tavares ML, Monteiro J, Moura N, Guimaraes H, Costa J. Prenatal diagnosis of abdominal enteric duplications. *Prenat Diagn* 2000;**20**:163-167.
6. Steyaert H, Voigt JJ, Brouet P, Vaysee P. Uncommon complication of gastric duplication in a three-year-old child. *Eur J Pediatr Surg* 1997;**7**:243-244.

7. Hernanz F, Sandoval F, Fernández F, Cloux J, Juliani J, Madrigal V. Gastric duplication associated with heterotopic pancreas. *Cir Pediatr* 1992;**5**:178-181.
8. MacPherson RI. Gastrointestinal tract duplication: clinical, pathologic, etiologic, and radiologic considerations. *Radiographics* 1993;**13**:1063-1080.
9. Stringer MD, Spitz L, Abel R, Kiely E, Drake DP, Agrawal M, Stark Y, Brereton RJ. Management of alimentary tract duplication in children. *Br J Surg* 1995;**82**:74-78.
10. Brown RL, Azizkhan RG. Gastrointestinal bleeding in infants and children: Meckel's diverticulum and intestinal duplication. *Semin Pediatr Surg* 1999;**8**:202-209.
11. Whiddon DR, Olutoye OO, Broderick TJ, Mills AS, Turner MA, Zfass AM, Sugarman HJ. Recurrent acute pancreatitis caused by gastric duplication communicating with aberrant pancreas. *Am Surg* 1999;**65**:121-124.
12. Auringer ST, Ulmer JL, Sumner TE, Turner CS. Congenital cyst of the pancreas. *J Pediatr Surg* 1993;**28**:1570-1571.
13. Kurrer MO, Ternberg JL, Langer JC. Congenital pancreatic pseudocyst: Report of two cases. *J Pediatr Surg* 1996;**31**:1581-1583.
14. Siddiqui AM, Shamberger RC, Filler RM, Pérez-Atayde AR, Lilleh. Enteric duplications of pancreatic head: definitive management by local resection. *J Pediatr Surg* 1998;**11**:117-1120.