

# Obstrucción intestinal neonatal secundaria a duplicación cecal

G. Alonso Ciodaro, J.I. Santamaría Ossorio, S. Sanjuán Rodríguez

*Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno Infantil de Badajoz.*

## RESUMEN

**Introducción.** Las duplicaciones de ciego son patologías poco frecuentes, representando el 0,4% de las duplicaciones intestinales, existiendo pocos casos publicados.

**Caso clínico.** Presentamos un caso de una recién nacida de 48 horas de vida con vómitos biliosos y distensión abdominal; en las pruebas de imagen, se observa una masa quística de 30 mm de diámetro en flanco derecho; en la laparotomía se comprueba una tumoración quística localizada en ciego; se realiza resección ileocólica con anastomosis término-terminal. El estudio anatomopatológico confirma la existencia de un quiste de duplicación cecal.

**Comentarios.** En pacientes con obstrucción intestinal, el enema opaco permite realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías cólicas del periodo neonatal; cuando el quiste de duplicación cecal no se encuentra comunicado con la luz del colon, se puede observar un defecto de repleción, lo que junto con otras pruebas y la clínica, nos puede hacer sospechar duplicación cecal. Se recomienda realizar una intervención quirúrgica temprana, incluso en pacientes asintomáticos, para disminuir la morbilidad.

**PALABRAS CLAVE:** Duplicación cecal; Obstrucción intestinal; Neonatal; Quiste prenatal.

cystic lesions are asymptomatic, they should be excised when detected to prevent complications.

**KEY WORDS:** Cecal duplication; Intestinal obstruction; Neonatal; Prenatal cyst.

## INTRODUCCIÓN

La duplicación de ciego es una malformación congénita muy poco frecuente, representa el 0,4% de todas las duplicaciones intestinales<sup>(1)</sup>, siendo más frecuentes las duplicaciones a nivel del íleon<sup>(2-5)</sup>. Se realiza una revisión de la literatura, encontrando pocos casos publicados. Por esta razón, se pretende compartir nuestra experiencia con un caso clínico de duplicación cecal presentándose como una obstrucción intestinal aguda.

## CASO CLÍNICO

Recién nacida a término, por parto eutócico y peso adecuado para la edad gestacional; en la ecografía prenatal del segundo trimestre presenta imagen quística de 9 mm, rodeada por una imagen densa ovalada, localizada en flanco derecho. Al nacer, la exploración física es normal, con deposiciones meconiales durante las primeras horas de vida; tras el inicio de la alimentación oral, presenta vómitos alimentarios y a las 15 horas de vida inicia distensión abdominal y vómitos biliosos. Se realiza radiografía de abdomen que muestra distensión de asas de intestino delgado y ausencia de aire distal; en ecografía abdominal (Fig. 1) se observa imagen quística con doble anillo de 33 mm en flanco derecho; ante la sospecha diagnóstica de posible quiste de duplicación intestinal, se completa estudio con un enema opaco con contraste hidrosoluble (Fig. 2) observando defecto de llenado a nivel del ciego, sugestivo de posible duplicación cecal.

Se realiza laparotomía, encontrando una tumoración quística dependiente del ciego (Fig. 3) en el borde mesentérico,

## NEONATAL INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO CECAL DUPLICATION

### ABSTRACT

Cecal duplications are rare, representing 0.4% of all gastrointestinal duplications, with few cases reported in the literature.

A 48 hours-old newborn presented with bilious vomiting and abdominal distension; the ultrasound revealed a cystic mass in the right abdomen; ileocolic resection was performed with end to end anastomosis. Microscopy confirmed cecal duplication cyst.

In patients with intestinal obstruction, contrast enema allows differential diagnosis with other colonic pathologies in the newborn; when the cecal duplication cyst is connected to the lumen of the colon, enema reveals a filling defect, and cecal duplication can be suspected. Although

**Correspondencia:** Dra. Iuliana Alonso Ciodaro. C/ Julio Cienfuegos Linares, 14, escalera dcha. 3º C. 06006 Badajoz.

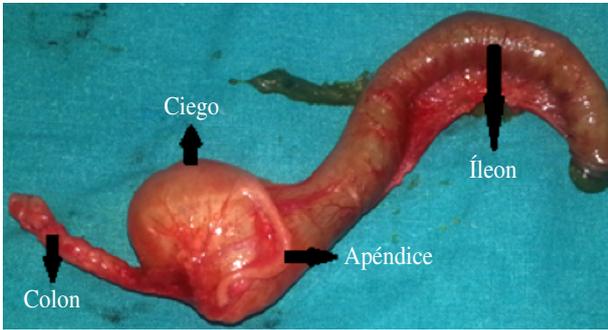
E-mail: giulianaalonsoc@gmail.com

Recibido: Septiembre 2015

Aceptado: Abril 2016



**Figura 1.** Ecografía abdominal. Imagen quística con doble anillo.



**Figura 3.** Pieza quirúrgica. Íleon dilatado, colon hipoplásico.

que produce una obstrucción intestinal total; se observa intestino delgado distendido con contenido de meconio y colon de menor calibre. Se realiza resección ileocólica, con 7 cm de íleon terminal y 3,5 cm de colon ascendente, con anastomosis término-terminal. Buena evolución postoperatoria.

El estudio anatomopatológico describe una masa quística de 30 mm de diámetro, con contenido mucoso; formada por todas las capas de pared intestinal, tapizada por mucosa colónica, y localizada en borde mesentérico del ciego (Fig. 4).

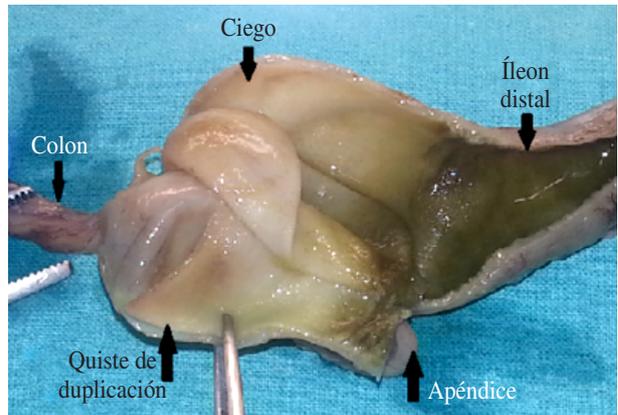
## COMENTARIOS

La duplicación de ciego es una patología muy poco frecuente, que representa el 0,4% de todas las duplicaciones intestinales<sup>(1)</sup>, existiendo muy pocos casos publicados en los últimos años. El sitio más frecuente de localización de la duplicación intestinal es a nivel del íleon<sup>(2-5)</sup>. Las duplicaciones de colon se presentan en el 13% aproximadamente<sup>(1-3)</sup>.

El 80% de las duplicaciones intestinales se diagnostican antes de los 2 años de edad<sup>(1,3)</sup>. Pero no es común realizar el diagnóstico de manera prenatal, debido a que el hallazgo de una masa quística intraútero, es inespecífica y puede presentar varios diagnósticos diferenciales: como quistes de epiplón, mesoteliales o quistes de ovario (en niñas); sin embargo, en



**Figura 2.** Enema opaco. Defecto de llenado a nivel del ciego.



**Figura 4.** Pieza de anatomía patológica: Duplicación cecal.

la ecografía postnatal puede observarse una imagen anecoica con doble anillo, sugestiva de posible duplicación intestinal. Por eso en pacientes con imagen quística prenatal, es recomendable, en el momento del nacimiento, realizar estudios de imagen de control.

En la revisión realizada, la sintomatología aparece a partir de los 10 días de vida<sup>(1)</sup>; siendo nuestro caso, el que presenta síntomas de obstrucción intestinal de manera más temprana, dentro de las primeras 24 horas de vida, permitiendo así hacer un diagnóstico precoz de quiste de duplicación cecal, al estudiarse la causa de la obstrucción intestinal completa.

La duplicación intestinal puede ser asintomática, ser un hallazgo ocasional<sup>(1)</sup> o tener diferentes formas de presentación clínica, por ejemplo, dolor abdominal, obstrucción intestinal y vómitos, debido al aumento de tamaño del quiste por sus propias secreciones; o ulceración y rectorragia, ya que entre el 20 y el 30% de los casos, el quiste presenta mucosa gástrica ectópica<sup>(1,3,4)</sup>.

Otra forma de presentación es la invaginación intestinal, con la que se debe hacer diagnóstico diferencial, ya que la imagen radiológica de duplicación puede simular una invaginación ileocólica, o ambas patologías pueden cursar de manera simultánea, al actuar la duplicación como cabeza de la invaginación<sup>(2)</sup>.

El estudio inicial de la obstrucción intestinal puede realizarse con múltiples pruebas como: radiografía simple, ultrasonidos, enema opaco, tomografía axial computarizada o resonancia magnética. En nuestro caso, se precisaron 3 pruebas: la radiología simple, que mostró distensión de asas de intestino delgado; la ecografía abdominal, donde se observó una masa quística con su característica de doble pared, sugestiva de quiste de duplicación; y el enema opaco, donde se objetivó el defecto de llenado que producía la masa quística a nivel del ciego, permitiendo esta última, llegar a la sospecha diagnóstica preoperatoria de quiste de duplicación cecal, aunque en menos del 25% de los casos se hace el diagnóstico antes de la intervención quirúrgica<sup>(1)</sup>, dicha exploración nos permitió, además, descartar otras patologías causantes de obstrucción intestinal en recién nacidos, como colon izquierdo hipoplásico o zonas de transición intestinal en enfermedad de Hirschsprung o hipoganglionismo colónico.

Ante la sospecha de quiste de duplicación intestinal, se recomienda la intervención quirúrgica de manera temprana, antes de los 6 meses de vida, incluso en pacientes asintomáticos. En la literatura se han intervenido alrededor de los 2 meses de vida, con el objetivo de reducir la morbimortalidad y las complicaciones<sup>(1)</sup>.

En la intervención quirúrgica, se recomienda extirpación completa del quiste con el intestino adyacente<sup>(1)</sup> sin precisar resección amplia. En el mismo acto quirúrgico se realiza la anastomosis término-terminal. Generalmente estos pacientes presentan una buena evolución postoperatoria sin complicaciones<sup>(5)</sup>.

Recomendamos en pacientes con distensión abdominal, vómitos biliosos y la presencia de un quiste intraabdominal en la ecografía, realizar un enema opaco, el cual va a permitir observar un defecto de repleción cuando el quiste se asocia al colon y produce la obstrucción; a su vez, también permite hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías del colon en el periodo neonatal, causantes de obstrucción intestinal. Ante la sospecha diagnóstica de duplicación cecal, se aconseja realizar la intervención quirúrgica temprana, para confirmar el diagnóstico y reducir la morbilidad, aún en pacientes asintomáticos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Temiz A, Oguzkurt P, Ezer SS, Ince E, Gezer HÖ, Hiçsönmez A. Different clinical presentations, diagnostic difficulties, and management of cecal duplication. *J Pediatr Surg*. 2013; 48: 550-4.
2. Verma S, Bawa M, Rao KLN, Sodhi KS. Caecal duplication cyst mimicking intussusception. *BMJ Case Rep* 2013. doi:10.1136/bcr-2012-008056. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23704422>.
3. Ijaz L, Husnain M, Malik SI, Mirza B. Cecal Duplication Cyst Presenting as Acute Intestinal Obstruction in an Infant. *APSP J Case Rep*. 2011; 2: 11.
4. Kumar TR, Srinivas BS. Cecal duplication cyst presenting as a recurrent intestinal obstruction. *Indian J Pediatr*. 2014; 81: 516-8.
5. Pati A, Mohanty HK, Subudhi PC, Dash R, Mohanty PK, Mahapatra RK. Duplication cyst of the cecum: A case report. *Indian J Surg*. 2010; 72: 271-2.