

PUBLICACIÓN ANTICIPADA

Publicación anticipada

El Comité Editor de la Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo aprobó para publicación este manuscrito, teniendo en cuenta la revisión de pares que lo evaluaron y levantamiento de observaciones. Se publica anticipadamente en versión pdf en forma provisional con base en la última versión electrónica del manuscrito, pero sin que aún haya sido diagramado ni se le haya hecho la corrección de estilo. Siéntase libre de descargar, usar, distribuir y citar esta versión preliminar tal y como lo indicamos, pero recuerde que la versión electrónica final y en formato pdf pueden ser diferentes.

Advance publication

The Editorial Committee of the Journal Cuerpo Medico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo approved this manuscript for publication, taking into account the peer review that evaluated it and the collection of observations. It is published in advance in a provisional pdf version based on the latest electronic version of the manuscript, but without it having been diagrammed or style corrected yet. Feel free to download, use, distribute, and cite this preliminary version as directed, but remember that the final electronic and pdf versions may differ.

Citación provisional / Salazar Tantaleán VA, Yep Gamarra V, Abad Licham M, Sullon Morey GR, Tejada Solar CA. Manejo laparoendoscopico de duplicación gástrica: reporte de caso. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 6 de julio de 2024 [citado 6 de julio de 2024];17(2).DOI: [10.35434/rcmhnaaa.2024.172.2455](https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2024.172.2455)

Recibido / 11/04/2024

Aceptado / 15/06/2024

Publicación en Línea / 06/07/2024



Manejo laparoendoscópico de duplicación gástrica: reporte de caso Laparoendoscopic management of gastric duplication: case report

Víctor Augusto Salazar Tantaleán^{1,2,a}, Víctor Yep Gamarra^{3,b}, Milagros Abad Licham^{4,c}, Gustavo Rafael Sullon Morey^{5,d}, Carlos Alberto Tejada Solar^{5,d}.

1. Escuela de Medicina, Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú
 2. Servicio de Cirugía General, Hospital Regional Docente de Trujillo, Trujillo, Perú.
 3. Servicio de Gastroenterología, Hospital Regional Docente de Trujillo, Trujillo, Perú.
 4. Servicio de Patología Oncológica, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo, Perú.
 5. Escuela de Medicina, Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú
- a. Cirujano General
b. Médico especialista en gastroenterología
c. Médico patólogo
d. Médico Cirujano

Autor	Correo electrónico	Código orcid
Víctor Augusto Salazar Tantaleán	Aguchost@gmail.com	0000-0002-2565-0435
Víctor Yep Gamarra	vyg77@yahoo.com	0000-0002-7571-7159
Milagros Abad Licham	milagrosabadlicham@gmail.com	0000-0002-3530-6937
Gustavo Rafael Sullon Morey	gsullon@unitru.edu.pe	0000-0002-6504-9206
Carlos Alberto Tejada Solar	ctejada@unitru.edu.pe	0000-0002-4933-5149

Conflicto de interés: No se presentó ningún conflicto de interés durante el desarrollo del reporte.

Correspondencia:

Gustavo Rafael Sullon Morey

Teléfono: (+51) 948074123

Email: gsullon@unitru.edu.pe

Financiamiento: No se requirió ningún plan de financiamiento para la preparación del reporte.

Contribución de cada autor:

V.A.S.T: Condujo la investigación, redactó el borrador inicial, redactó y revisó la versión final.

V.Y.G: Redactó el borrador inicial, redactó y revisó la versión final.

M.A.L: Redactó el borrador inicial, redactó y revisó la versión final.

G.R.S.M: Redactó el borrador inicial, redactó y revisó la versión final.

C.A.T.S: Redactó el borrador inicial, redactó y revisó la versión final.

RESUMEN

Introducción: La duplicación gástrica es una patología congénita infrecuente de diagnóstico muchas veces incidental. **Reporte de caso:** Se reporta el caso de una duplicación gástrica en un paciente joven evaluado y tratado en hospital público, quien acude por episodios repetitivos de dolor abdominal y vómitos. En el preoperatorio se realizaron estudios endoscópicos y de imágenes no contributorios. Posteriormente fue sometido a tratamiento quirúrgico laparoscópico con evolución favorable. El estudio anatomopatológico determinó el diagnóstico definitivo. **Conclusión:** El abordaje laparoscópico es adecuado para el manejo de DG al asociarse a menores complicaciones postoperatorias; así mismo, el uso en conjunto de la ecoendoscopia permite delimitar la morfología y ubicación de la lesión.

Palabras clave: Laparoscopia, duplicación gástrica, antro pilórico.

ABSTRACT

Introduction: Gastric duplication is a rare congenital pathology that is often incidental. **Case of report:** In this case, the case of a gastric duplication in a young patient evaluated and treated in the public hospital, who comes for repetitive episodes of abdominal pain and vomiting. In the preoperative period, endoscopic and non-contributory imaging studies were studied. Subsequently he underwent a laparoscopic surgical treatment with favorable evolution. The pathological study determined the definitive diagnosis. **Conclusion:** The laparoscopic approach is suitable for the management of GD as it is associated with fewer postoperative complications; Likewise, the joint use of echoendoscopy allows us to delimit the morphology and location of the lesion.

Key Words: Laparoscopy, gastric duplication, pyloric antrum.

INTRODUCCIÓN

La duplicación gástrica (DG) es una anomalía congénita infrecuente del tracto gastrointestinal en 1/4500 nacimientos, con predominio femenino, pero sin predisposición familiar (1,2).

Diagnosticado comúnmente en la infancia, e incidentalmente en la adultez (2). Presentamos el caso de paciente varón ingresado por dolor abdominal agudo en epigastrio, con sospecha clínica inicial de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) que tras resección gástrica laparoscópica con endoscopia intraoperatoria y anatomopatología se diagnostica duplicación gástrica.

El objetivo de este reporte es exponer la utilidad del manejo laparoendoscópico en un caso inusual de duplicación gástrica.

REPORTE DEL CASO

Paciente varón de 17 años con dolor abdominal tipo ardor en epigastrio de un año de evolución, intensidad moderada, que cedía parcialmente con alimentos, fue diagnosticado y tratado de gastritis, sin mejoría. El día del ingreso al hospital, se intensifica epigastralgia y agrega vómitos explosivos biliosos, por lo cual es hospitalizado.

Al examen clínico, presenta epigastralgia a la palpación, se realiza ecografía abdominal sugestiva de cáncer gástrico, y tomografía con hallazgos de tumoración quística en curvatura menor del antro gástrico (Figura 1A), que a la endoscopia alta se evidencia que dicha tumoración ocluye parcialmente el píloro. Luego, ecoendoscopia mostró lesión hipocogénica homogénea originada de la segunda capa (Figura 1B). Se realizó biopsia por aspiración aguja fina, obteniéndose de 1-2cc de material mucoso verdoso, cuya citología informó células fusiformes de aspecto benigno, células epiteliales, macrófagos y elementos inflamatorios de tipo mixto, a considerar GIST.

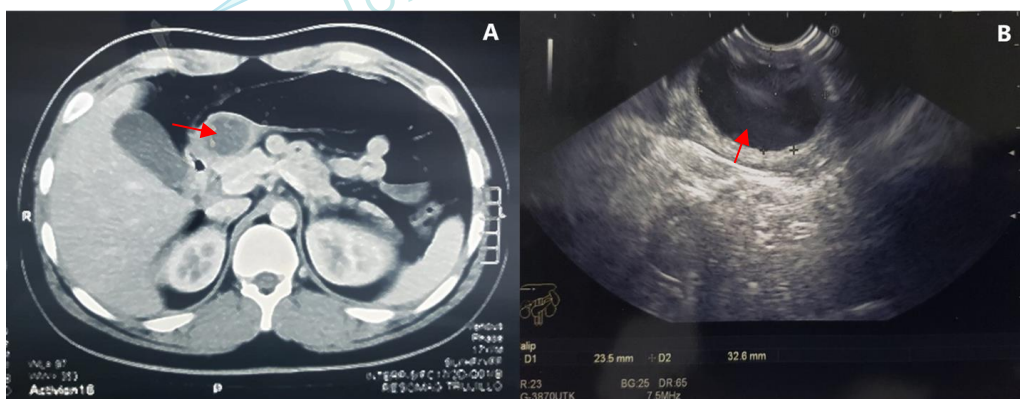


Figura 1.

A. La tomografía computarizada mostró lesión de tipo quístico en antro gástrico, en curvatura menor de 4x6x3cm. **B.** La ecoendoscopia mostró lesión hipocogénica de 3x3 cm homogénea, aspecto quístico.

Con estos resultados, es sometido a laparoscopia con endoscopia intraoperatoria para delimitar localización exacta y tamaño de tumor, evidenciándose compromiso de la curvatura menor del píloro, obstruyéndolo parcialmente. Se realiza gastrectomía parcial laparoscópica con resección de píloro, incluyendo primera porción duodenal haciendo uso de sutura mecánica endoscópica. Posteriormente se realiza reconstrucción en Y de Roux con técnica laparoscópica. La tumoración es extraída y enviada a anatomopatología.

Anatomopatología recibe muestra de estómago (Figura 2A), observándose formación tumoral por debajo de mucosa gástrica, que al microscopio es consistente con DG (Figura 2B).

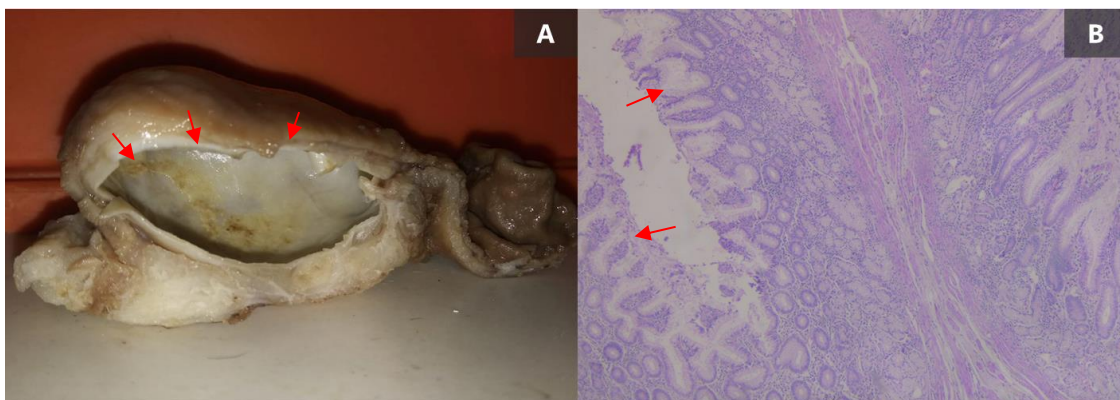


Figura 2.

A. A la macroscopía, la pieza operatoria presenta segmento gástrico de 11 cm x 7 cm, que muestra lesión quística de 4.8 cm de diámetro con duplicación de la pared gástrica.

B. (Hematoxilina & Eosina, 50x) En la microscopía se observa mucosa gástrica normal, que tapiza el quiste, sin evidencia de neoplasia y bordes libres de la lesión.

El paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio, tolerando líquidos en el primer día, con alta al tercer día. En los controles posteriores no se evidenciaron signos de infección en sitio operatorio y la sintomatología de ingreso remitió.

DISCUSIÓN

Las duplicaciones del tracto gastrointestinal son malformaciones congénitas localizadas frecuentemente en íleon (35%) (3), representando las DG el 4-8% (4). Estos se originan en intestino primitivo dorsal, por tanto, suelen ubicarse distalmente en curvatura mayor, y tan solo 5,5% en curvatura menor (5) como en el presente caso. El origen propuesto es un error en la recanalización y unión de la lámina longitudinal durante el desarrollo embrionario (5).

Esta malformación, comúnmente confundida con GIST, presenta dificultad al diagnóstico, incluso empleando tomografía y la resonancia magnética, ya que en 43-70% de los casos presentan un diagnóstico incorrecto (4). La ecoendoscopia es útil para distinguir lesiones intramurales y extramurales, proporcionando también la ubicación, criterios de malignidad y datos morfológicos sugerentes de DG como la lámina mucosa ecogénica y muscular hipocogénica (LMH) (6). En este caso, se identificó una LMH alrededor del quiste compatible con signo de doble pared (7,8).

El diagnóstico definitivo es por anatomopatología con los criterios de Rowling: a) pared quística contigua a pared gástrica; b) rodeado de musculatura lisa continuada por musculatura gástrica; y c) revestido por mucosa gástrica o intestinal (9).

Se ha descrito la enucleación o resección endoscópica submucosa en algunos casos, sin embargo, la resección completa (RC) es el tratamiento de elección para evitar riesgo de

obstrucción, torsión, perforación, hemorragia o malignidad (10). Para casos sintomáticos únicos, se recomienda la RC sin violación de luz gástrica (11,12), que consiste en gastrectomía segmentaria o total con abordaje abierto o laparoscópico.

En comparación con el abordaje abierto, el abordaje laparoscópico genera menor dolor postoperatorio, menor tiempo de estancia hospitalaria y menor tasa de infecciones en el sitio quirúrgico (13). En el presente caso, se optó por la RC y reconstrucción con abordaje laparoscópico y endoscópico cooperativo.

CONCLUSIÓN

El abordaje laparoscópico es adecuado para el manejo de DG al asociarse a menores complicaciones postoperatorias; así mismo, el uso en conjunto de la ecoendoscopia permite delimitar la morfología y ubicación de la lesión. Por lo tanto, se sugiere el manejo laparoendoscópico por sus excelentes resultados postoperatorios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Singh J, Rajdeo H, Bhuta K, Savino J. Gastric Duplication Cyst: Two Case Reports and Review of the Literature. *Case Rep Surg*. 2013; 2013:1-4. doi: [10.1155/2013/605059](https://doi.org/10.1155/2013/605059)
2. Hassan R, Haouimi A, Humaida T, Ouslimane D. Gastric duplication cyst. *Ann Saudi Med*. 2004;24(4):296-298. doi: [10.5144/0256-4947.2004.296](https://doi.org/10.5144/0256-4947.2004.296)
3. Doepker M, Ahmad S. Gastric duplication cyst: a rare entity. *J Surg Case Rep*. 2016;2016(5):rjw073. doi: [10.1093/jscr/rjw073](https://doi.org/10.1093/jscr/rjw073)
4. Caballero Y, Centeno M, Turégano A, Hernández J. Adult gastric duplication: an unknown condition within the spectrum of gastric submucosal lesions. *Rev Esp Enferm Dig*. 2017;109(8):589-591. doi: [10.17235/reed.2017.4851/2017](https://doi.org/10.17235/reed.2017.4851/2017)
5. Abdalkader M, Al Hassan S, Taha A, Nica I. Complicated Gastric Duplication Cyst in an Adult Patient: Uncommon presentation of an uncommon disease. *Journal of Radiology Case Reports*. 2017;11(8):16-23. doi: [10.3941/jrcr.v11i8.3124](https://doi.org/10.3941/jrcr.v11i8.3124)
6. Passos I, Chatzoulis G, Milias K, Tzoi E, Christoforakis C, Spyridopoulos P. Gastric duplication cyst (gdc) associated with ectopic pancreas: Case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep*. 2017; 31:109-113. doi: [10.1016/j.ijscr.2017.01.033](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.01.033)
7. Landi B, Palazzo L. The role of endosonography in submucosal tumours. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2009;23(5):679-701. doi: [10.1016/j.bpg.2009.05.009](https://doi.org/10.1016/j.bpg.2009.05.009)
8. Fazel A, Moezardalan K, Varadarajulu S, Draganov P, Eloubeidi M. The utility and the safety of EUS-guided FNA in the evaluation of duplication cysts. *Gastrointest Endosc*. 2005;62(4):575-580. doi: [10.1016/j.gie.2005.06.014](https://doi.org/10.1016/j.gie.2005.06.014)
9. Seijo S, Lariño J, Abdulkader I, Lozano A, Vieites B, Iglesias J, et al. Quiste de duplicación gástrico: diagnóstico por punción-aspiración guiada por ecoendoscopia. *Rev Esp Enferm Dig*. 2008;100(9):586-590. doi: [10.4321/s1130-01082008000900011](https://doi.org/10.4321/s1130-01082008000900011)
10. Kuraoka K, Nakayama H, Kagawa T, Ichikawa T, Yasui W. Adenocarcinoma arising from a gastric duplication cyst with invasion to the stomach: a case report with literature review. *J Clin Pathol*. 2004;57(4):428-431. doi: [10.1136/jcp.2003.013946](https://doi.org/10.1136/jcp.2003.013946)

11. Eom J, Kim G, Song G, Baek D, Ryu K, Lee K, et al. Gastric Duplication Cyst Removed by Endoscopic Submucosal Dissection. Korean J Gastroenterol. 2011;58(6):346-349. doi: [10.4166/kjg.2011.58.6.346](https://doi.org/10.4166/kjg.2011.58.6.346)
12. Geng Y, Wang C, Li J, Chen Q, Li X, Pan H. Gastric foregut cystic developmental malformation: case series and literature review. World J Gastroenterol. 2015;21(2):432-438. doi: [10.3748/wjg.v21.i2.432](https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i2.432)
13. Namdaroglu O, Argon A, Aydogan S, Ozturk A, Yakan S, Yildirim M, et al. Gastric duplication cyst in adult: Challenge for surgeons. J Minim Access Surg. 2017;13(1):57-59. doi: [10.4103/0972-9941.181772](https://doi.org/10.4103/0972-9941.181772)

