

Duplicación intestinal a nivel cecal: a propósito de un caso

Drs. María I. Palmero, Susana León, Carmen Bhuedo, Hermelinda Rodríguez.

Departamento de Pediatría. Maternidad "Concepción Palacios"

RESUMEN

El caso que nos ocupa, trata de un pre-escolar, masculino de 3 años y 4 meses, con diagnóstico prenatal de megacolon congénito. Permaneció hospitalizado por 2 semanas para descartar patología obstructiva intestinal, y se diagnosticó talasemia menor. Durante sus 3 años de vida, presenta descompensaciones desde el punto de vista hematológico: anemia, rectorragia y necesitó 4 hospitalizaciones por disminución de los valores de hemoglobina a 5 g/L. En su última hospitalización, se evidencia abdomen distendido y masa palpable a nivel del área paraumbilical derecha. Después de practicar ecosonograma, tomografía axial computarizada y gammagrama, se decide realizar laparotomía exploradora y se evidencia duplicidad intestinal a nivel cecal. Se realiza resección intestinal a nivel íleo-cecal (no se visualiza divertículo de Meckel) y anastomosis íleo-cólica, término-terminal. El paciente permanece hospitalizado por 15 días, con evolución clínica satisfactoria.

Palabras clave: duplicación del tubo digestivo. Quistes entéricos

SUMMARY

This case shows a boy 3 years, 4 month old with prenatal diagnosis of congenital mega colon. Hospitalized for 2 weeks, studies showed no intestinal pathology, but he has a minor thalassemia. During his 3 years of age he had several crises of anemia and rectal bleeding and needed 4 hospitalizations due to low hemoglobin level of 5 gr/L. During his last hospitalization, the abdomen was distended and a mass was palpable in the right paraumbilical area, after practicing roentgenographic studies, required laparotomy that showed Intestinal duplication at caecum level. Ileocecal resection was performed, followed by end to end, ileo-colon anastomosis. Meckel diverticulum neither was nor present. The patient remains hospitalized for 15 days with good evolution.

Key word: Intestinal duplication. Enteric cystic

INTRODUCCIÓN

Las duplicaciones entéricas, son lesiones congénitas poco frecuentes, que pueden desarrollarse en cualquier parte del intestino. Su forma puede ser tubular o quística, constituidas por una pared de músculo liso y un revestimiento de mucosa normal (1). Con una incidencia de 2/10000 (2) pueden ser intramurales compartiendo una pared muscular común o extramurales, que son menos frecuentes (3). Pueden localizarse en cualquier porción del tubo digestivo, desde la base de la lengua hasta el recto, siendo el íleon la zona más afectada (4). El quiste está revestido de epitelio y rodeado de músculo liso, una capa circular interna y una longitudinal externa, esta última puede continuarse con la

muscularis propia del intestino (5).

La etiología no se ha dilucidado completamente, se cree que puede ser la persistencia de conducto vitelino, encarcelación del intestino embrionario y más probablemente comunicación del canal neuroentérico (5,6). En vista de que las duplicaciones constituyen entidades poco frecuentes en la edad pediátrica, es necesario conocerlas y establecer en diagnóstico con otras formaciones quísticas para plantear una pauta médico-quirúrgica adecuada. El objetivo del trabajo, es presentar un caso clínico y discutir los aspectos de esta entidad.

CASO CLÍNICO

Pre-escolar, masculino de 3 años y 4 meses, producto de madre I gesta, 0 para, embarazo simple a término,

Recibido: 09-07-04

Aceptado para publicación: 02-09-04

controlado, antecedente de infección urinaria (primer trimestre con tratamiento, sin urocultivo) y megacolon congénito. Madre y recién nacido ORh+. Tiempo total de parto 7 horas, ruptura de membranas 7 horas, líquido claro con grumos, parto instrumental por expulsivo prolongado. Apgar de 5, 7 y 9 puntos, pesó 2.990 g, talla 48 cm, perímetro cefálico 34 cm. Ingresa al Servicio de Cuidados Intermedios II, con las siguientes impresiones diagnósticas: recién nacido a término, adecuado para la edad gestacional, hidrops no inmunológico, talasemia minor vs déficit de glucosa 6 fosfato-deshidrogenasa. Al nacer se evidencia, al examen físico, gran distensión abdominal y cifras de hemoglobina de 7,5 g/L, con hematocrito de 22 %, se transfunde con concentrado globular a 10 mL x kg x dosis y se practica ecosonograma abdominal, que reporta hígado normal, riñones de tamaño y configuración normales, asas intestinales normales, pero gran cantidad de líquido libre en cavidad abdominal. Se practica paracentesis, obteniéndose 250 mL de líquido ascítico hemorrágico, repuesto con solución coloidal al mismo volumen extraído. Estudio citoquímico: rivalta negativo, pH alcalino, proteína 0,4 mg, glucosa 68 mg %, pos centrifugación, líquido xantocrómico con depósito hemático. A las 12 horas, se realiza colón por enema que evidencia gran dilatación de recto sigmoide, pero a las 24 horas, no existe material de contraste, en ampolla rectal. Se descarta megacolon congénito y se piensa en dolicolon. Al 2º día de vida, se practica tránsito intestinal, que refleja buena progresión de contraste por las asas intestinales, por lo que se descarta patología obstructiva intestinal. Se inicia alimentación por vía oral con buena tolerancia. En vista de lo anterior, se pide electroforesis de hemoglobina a los padres y al niño, la cual muestra, madre con Hb A2 en 7,5 y Hb F normal < de 2. Durante sus 3 años de vida, presenta descompensaciones desde el punto de vista hematológico (anemia y rectorragia, atribuidas a parásitos y a su patología de base talasemia minor). En 4 ocasiones se le hospitaliza por disminución de los valores de hemoglobina a 5 g/L. En la última, se evidencia abdomen distendido y masa palpable a nivel del área paraumbilical derecha. Se practica ecosonograma abdominal que revela dilatación de asas intestinales con impresión de masa quística en región paraumbilical derecha de pared gruesa y de contenido líquido, posiblemente a nivel duodenal. La tomografía axial computarizada (TAC) indica lesión quística de 5 x 5 cm, de localización subhepática, que contacta con colon ascendente y un asa de intestino delgado compatible con duplicidad intestinal. Se practica gammagrama, que no es concluyente. La laparotomía exploradora evidencia duplicidad intestinal a nivel cecal. Se practica resección intestinal a nivel ileocecal, anastomosis ileo-cólica, término-terminal, no se visualiza divertículo de Meckel. El paciente permanece

hospitalizado por 15 días con evolución clínica satisfactoria. A su egreso, queda en control con el Servicio de Gastroenterología del Hospital "San Juan de Dios" y el Servicio de Hematología del Hospital "Elías Toro".

DISCUSIÓN

La duplicación puede tener asociaciones no entéricas como espina bífida, hemivertebra, meningocele, pulmón bilobulado, divertículo de Meckel, duplicación de órganos genitales y urinarios (5,6).

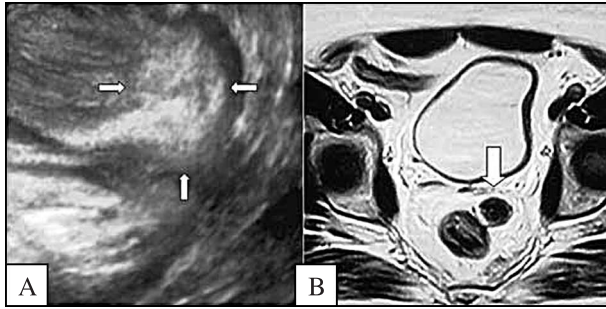
Desde el punto de vista clínico dan lugar a un amplio espectro de signos y síntomas, según su tamaño, localización y presencia de mucosa gástrica ectópica. Puede haber dolor abdominal recurrente, vómitos, masa abdominal o complicaciones como hemorragia digestiva, rectorragia, perforación y oclusión intestinal (7). Nuestro paciente presentó durante sus tres primeros años de vida descompensación con disminución de los valores de hemoglobina, por lo que se le transfundió en 4 oportunidades y sólo en su última hospitalización se evidenció una masa palpable, que condujo a practicar exámenes para establecer el diagnóstico, ya que la talasemia minor puede provocar descensos de la hemoglobina, pero no de esa magnitud (8). Algunos pacientes permanecen asintomáticos y son diagnosticados en un examen de rutina como una masa palpable abdominal o durante un estudio radiológico de tórax por otro motivo. Cuando se hacen clínicamente evidentes, pueden dar cuadros de comprensión de estructuras vecinas (7). La hemorragia digestiva es una complicación muy frecuente y se debe a la erosión de la mucosa de la duplicación y/o del intestino adyacente por el ácido producido por la mucosa ectópica, y/o la isquemia producida por compresión en una duplicación secretora sin comunicación con la luz intestinal (9,10). La obstrucción intestinal es una complicación poco frecuente, generalmente debida a una compresión extrínseca, invaginación y/o vólvulo, la perforación es rara y puede deberse a gangrena de una duplicación secretora, no comunicante (11).

El diagnóstico preoperatorio en las duplicaciones intestinales es poco frecuente. El examen baritado para practicar esófago-estómago-duodeno, puede no demostrar signos o presentarlos indirectos, como sucedió en nuestro paciente. La gamma grafía puede revelar mucosa gástrica ectópica, y es particularmente útil en casos de rectorragia, pero no siempre es concluyente. La ecosonografía y la TAC, como métodos no invasivos, pueden demostrar una estructura quística o elongada, unilobulada o multilobulada de paredes gruesas. La laparotomía exploradora es la práctica que ayuda a dilucidar el diagnóstico, y debe ser lo más conservadora posible. Habitualmente la vascularización y la pared muscular común entre la duplicación y

DUPLICACIÓN INTESTINAL

el órgano adyacente hacen inadecuada la escisión lesional, y se hace necesaria la resección segmentaria (12,13). La morbilidad de las duplicaciones intestinales es baja, a pesar de sus dificultades diagnóstico-terapéuticas.

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC), CON LA ZONA INVOLUCRADA, COMPATIBLE CON DUPLICIDAD INTESTINAL



REFERENCIAS

1. Sieber WK. Alimentary tract duplication. Arch Surg 1956; 73:383-390.
2. Pintér AB, Shubert W, Szembédy F, Gobel P, Schafer J, Kustos G. Alimentary tract duplications in infants and children. Eur J Pediatr Surg 1992; 2:8-12.
3. Lawrence E, Stern, Warner K. Seminar Pediatric Surg 2000; 22(56):289-291.
4. Wrenn EI. Tubular duplications of the small intestine. Surgery 1960;

47:477-480.

5. Tolibia MÍ. Aporte de la ecografía en la patología de vísceras huecas. Disponible en: http://www.diagnostico.com.ar/diagnostico/dia_084/d-aecs084.htm.
6. Ravitch MM. Hindgut duplication, doubling of colon and genital urinary tracts. Ann Surg 1953; 137:588-595.
7. Soares-Oliveira M, Casteñón M, Carvalho JL, Ribo JM, Bello P, Estevão Costa J, Morales L. Anales de Pediatría 2002; 56(5):430-433. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13029674>.
8. Royle SG, Doig CM, Perforation of the jejunum secondary to a duplication cyst lined with ectopic gastric mucosa. J Pediatr Surg 1988; 23:1025-1026.
9. Brown RI, Azizkhan I. Gastrointestinal bleeding in infants and children: Meckel's diverticulum and intestinal duplication. Seminar Pediatr Surg 1999; 8:202-209.
10. Demikrol O, Adalet L, Bonevel C, Cantez S. Visualization of a perforated small bowel duplication during Meckel's scintigraphy. Clin Nucl Med 1995; 20:111-113.
11. Li L, Jin-zhe Z, Yan xia W. Vascular classification for small intestinal duplications: Experience with 80 cases. J Pediatr Surg 1998; 33:1243-1245.
12. Li L, Jing-zhe Z, Jin-Jei C, Yan Xia W. Conservation approach to duplication of the small bowel. J Pediatr Surg 1986; 32:1679-1682.
13. Dorado Moles MJ. Talasemias. Saludinfantil.com. Disponible en: <http://qqq.saludinfantil.com/talasemia.htm>.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Oscar Agüero, por su valiosa revisión del manuscrito.

A la Licenciada Susanne Saulny, por su contribución en la redacción del trabajo.

II SIMPOSIO LATINOAMERICANO INTERACCIÓN MATERNO-FETAL & PLACENTA:

DESDE LA INVESTIGACIÓN BÁSICA A LA CLÍNICA
Santiago - Chile • 6 - 9 de Noviembre, 2005 • Hotel Crowne Plaza

En conjunto con:

XVIII REUNION ANUAL DE LA SOCIEDAD CHILENA DE CIENCIAS FISIOLÓGICAS

Con participación en mesas redondas o reuniones satélites de:

SOCIEDAD CHILENA DE REPRODUCCIÓN Y DESARROLLO SOCIEDAD CHILENA DE FERTILIDAD SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

El Comité Ejecutivo se ha propuesto que el II SLIM-P Chile 2005 convoque a todos los investigadores y profesionales en el tema, tanto básicos como clínicos. Se pretende crear un espacio de oportunidad de intercambio de experiencias y conocimientos, facilitando la interacción directa entre los participantes, así como también de los investigadores y especialistas en el área con los estudiantes y profesionales jóvenes latinoamericanos.

AUSPICIO Y PATROCINIO

- International Federation of Placenta Associations (IFPA)
- Placenta Association of the Americas (PAA)
- Universidad de Chile, Facultad de Medicina
- Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina
- Universidad del Bio-Bio
- Universidad de Concepción

PRESENTACIÓN

La Interacción Materno-Fetal y el estudio de la Placenta son temas que abarcan todos los ámbitos del quehacer científico y profesional en el área de la salud, con todas las implicancias para la vida de la madre y el feto durante la gestación. Desde la molécula responsable del transporte transplacentario durante el embarazo, hasta los aspectos clínicos ligados al proceso de fertilidad y nacimiento de un niño sano. Así como también, todas las patologías asociadas se incluyen en el ámbito de este encuentro multidisciplinario en torno a la problemática común.

HACIENDO UN POCO DE HISTORIA

El grupo convocante nace de un conjunto de investigadores latinoamericanos básicos y clínicos que se encontraban recurrentemente, en congresos relacionados, en USA y Europa. En el 6th Meeting of the International Federation of Placenta Associations (IFPA) y el 14th Trophoblast Conference (Rochester, USA, 2000), se acordó organizar reuniones científicas sobre el tema en Latinoamérica. El I Simposio Latinoamericano sobre Interacción Materno-Fetal y Placenta (I SLIM-P 2003), se llevó a efecto en la localidad de Embu das Artes, Sao Paulo, Brasil (diciembre 2003). El Programa científico incluyó un conjunto de actividades, abarcando desde la biología del trofoblasto hasta sus patologías y diagnósticos clínicos. Se contó con la asistencia de alrededor de 200 participantes provenientes de Latinoamérica y de USA, de los cuales, aproximadamente un 50% de ellos fueron estudiantes.

El segundo encuentro es en Chile. El Comité Ejecutivo del II SLIM-P 2005 ha evaluado su realización y proyección, en Santiago de Chile, con la participación de Sociedades Científicas y Universidades nacionales. El análisis pronostica que la convocatoria local aportará un número importante de participantes que incluyen investigadores, médicos y profesionales clínicos, tanto chilenos como extranjeros.

INVITACIÓN

A Ud., que trabaja o está interesado en el área, el Comité Ejecutivo chileno y latinoamericano le invita a participar en este evento el año 2005, que se realizará en el Hotel Crowne Plaza en Santiago de Chile.