

DUPLICACIÓN DEL DUODENO

A propósito de un caso personal

Por el Dr. José Gómez-Márquez G.*

El propósito de esta publicación es presentar un caso observado por nosotros recientemente de duplicación de duodeno, por ser esta patología bastante rara, y hacer una revisión bibliográfica, resumiendo los conocimientos que se tienen sobre esta **materia**.

CASO CLÍNICO

O.R.M. (Expediente N° 27-769) de dos meses de edad, fue internado el día 17 de enero de 1969 en La Policlínica, bajo los cuidados del Dr. Adán Zepeda. La madre relataba que el niño había empezado a vomitar unos quince días después del nacimiento incrementándose en el curso de las semanas subsiguientes, llegando un momento en que prácticamente devolvía toda la leche que se le administraba.

EXAMEN FÍSICO

Se trataba de un niño de 8V libras de peso, con aspecto de desnutrición. No se encontró aparte de esto, nada notable en el examen general, salvo lo concerniente al abdomen. Este **era** moderadamente globuloso. A la palpación repetida, pareció palparse una masa algo profunda, más o menos redondeada, de consistencia mediana, situada algo por encima y a la derecha de la región umbilical. Como el niño lloraba constantemente esta apreciación no **fue** constante y en algunas ocasiones dudábamos de su existencia,

ESTUDIOS DE LABORATORIO

B: 9.3000 N: 61%
R: 4.380.000 Linf: 34%
Valor Globular: 0.7. Hg: 101/2 grms.

Orina: Negativo. Heces: Positivo por amibas.

ESTUDIO RADIOLÓGICO

Se administró bario y el radiólogo, Dr. R. Pereira, dio el siguiente informe. "Estómago de forma, tamaño y posición normales. No hay signos de lesión de sus **paredes**. No hay regurgitación gastro-esofágica. Peristaltismo normal. Vaciamiento obstaculizado por un píloro de apariencia espástica y con probable hipertrofia.

* Profesor de Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH
Tegucigalpa, D. C., Honduras

A las dos horas de ingerido el bario comienza a pasar al intestino delgado. A las seis horas el estómago está vacío. Hay bario en asas intestinales que tiene apariencia normal. Creemos que buena parte del contenido gástrico fue vomitado pues así sucedió en el primer intento de examen. Repetimos el examen con sonda nasal y entonces se retuvo para poder informar la anterior.

En conclusión: Hay espasmo pilórico y probable hipertrofia del mismo".

OPERACIÓN

Con el diagnóstico de probable estén asís pilórica y previa hidratación, se decidió practicar la intervención quirúrgica. Se efectuó incisión paramediana derecha alta, encontrándose inmediatamente una masa redondeada situada por debajo del hipocondrio derecho. Se logró exteriorizarla, observándose que la tumoración correspondía al duodeno, en sus porciones primera y segunda, teniendo un diámetro de unos 4 cms. El píloro se identificó perfectamente y se comprobó que no presentaba ninguna anomalía. Como a 1.5 cms. de éste se iniciaba la tumoración ya mencionada, cuyo aspecto exterior era igual al del resto del duodeno; era dura, pero resistente y tras un examen más minucioso se verificó que afectaba únicamente la pared antero-interna de las primeras y segunda porción del duodeno, comprimiendo visiblemente la luz de éstos. Se practicó una punción de la masa resistente, extrayéndose un líquido claro de aspecto mucoso. Decidimos hacer una incisión paralela al eje longitudinal de unos 3 cms. Así penetramos en el interior de una cavidad, totalmente cerrada, sin comunicación con la luz intestinal tapizada por una mucosa. No se hizo excisión de ninguna porción de la pared y que a pesar de la evacuación del contenido de esta cavidad, la luz duodenal decidimos abocar esta formación quística a un asa yeyunal alta. Temiendo resultara aún insuficiente, hicimos a continuación un gastro-yeyunosomía, quedando la situación como muestra la figura N° 1.

CURSO POSTOPERATORIO

Este transcurrió sin mayores problemas. Se inició gradualmente la alimentación oral, produciéndose ocasionalmente algunos vómitos, que pocos días después desaparecieron. El niño fue dado de alta en buenas condiciones el octavo día.

Fue visto de nuevo al cabo de 2 meses y medio encontrándose en muy buenas condiciones y habiendo ganado seis libras de peso. La madre refirió que se alimentaba sin ningún problema. Un estudio radiológico practicado en esa fecha, demostró que el bario pasaba al intestino sin ninguna dificultad.

Según los autores que hemos consultado, la duplicación duodenal presenta las siguientes características:

SINONIMIA. Enterocistoma, quiste intestinal, entorecle, pseudoquiste, quiste enterógeno (8).

EMBRIOLOGÍA

Se consideran varias posibilidades en cuanto al origen embriológico de la duplicación intestinal. Se admite que **hayan** obstáculos en la recanalización del tracto intestinal por persistencia de las vacuolas a continuación de la oclusión fisiológica de la fase embrionaria del tracto digestivo; por obliteración incompleta del "**canalis neurentericus**"; por desarrollo inadecuado de la cuerda dorsal con separación de la placa cordal del ectodermo (8). **Aparentemente** la teoría más aceptada es la expuesta por Lewis y Thyng (6), como consecuencia de los estudios efectuados en el embrión del cerdo, del conejo y del ser humano. Observaron nidos de células epiteliales a lo largo del esófago, estómago y tracto intestinal, separados unas veces y otras en continuidad con el mismo tracto. Estos grupos celulares serían los precursores de las duplicaciones. (6-7).

MORFOLOGÍA

Pueden ser submucosos, intramusculares, o retroperitoneales y habitualmente son estructuras quísticas, esféricas, cuyo perímetro varía entre 2 y 25 cms. Generalmente tienen una circulación común con la pared duodenal. Habitualmente están situados (en un 897c de los casos) en la primera y segunda porción del duodeno; solamente en casos excepcionales se les halla en las vecindades de la ampolla de Vater (8). El contenido puede ser estéril, mucoide, hemorrágico, o purulento (6). Así como en el resto del intestino delgado, según **Bremer** (3), pueden existir tres variedades de duplicaciones. En una, la separación del duodeno, es total; en la segunda se aboca por un solo extremo al duodeno; en la tercera aboca tanto por arriba como por abajo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Según Schüler (8), en 2 casos descritos se hizo estudio detallado desde el punto de vista histológico y en 28 de ellos se encontró una mucosa de características duodenales. Las duplicaciones intestinales, en general, tienen una muscular con dos capas y la mucosa no siempre tiene las características propias de la parte del intestino donde se localiza la duplicación. El mismo autor considera importante hacer la diferenciación entre duplicación y quiste mesentérico ya que éste último tiene una pared mucho más delgada, es de origen linfático y puede ser separado fácilmente de la viscera donde asienta. Schüler comenta (8), que la duplicación intestinal, puede tener mucosa con ulceraciones pépticas, otras alteraciones inflamatorias o hacerse necrótica por el aumento progresivo de la presión secretoria. Hasta ahora no ha habido ninguna descripción de malignización como se ha observado en el esófago. (Mayo, McKee y Anderson), en el estómago (Micolonghi y Meissner) y en el colon (**Powell**).

ANOMALÍAS CONCOMITANTES

En algunos casos (8), pueden observarse otras anomalías congénitas como son, situs inversus, vejiga doble, divertículos duodenales, mesenterio y meso-colon comunes, luxación bilateral de la cadera y meningocele.

FRECUENCIA

Se considera que las duplicaciones duodenales son excepcionales. La primera descripción en la literatura la hizo Calder en 1733 en un niño de 7 días. Son pocos los autores que informan más de un caso personal. Gufdner y Hart (4) informaban en 1935 que sólo se había reportado en la literatura universal seis casos; Gross en 1953, entre 68 casos de duplicaciones intestinales, cuenta con 4 de localización duodenal; en fin, en 1967, Schüler, hace una recopilación de la literatura mundial con 60 casos. De estos, 24 correspondían a recién nacidos o lactantes y 12 hasta los 14 años.

SINTOMATOLOGIA

En el 72% de los casos hay vómitos y por ello se piensa con frecuencia en estenosis pilórica, espasmo duodenal o atresia duodenal. El aumento de presión en el interior de la formación quística provoca dolor de tipo tensional, dolores epigástricos que van aumentando en forma de cólico. En 40 % de los casos se puso de manifiesto una tumoración a la palpación. En algunas ocasiones se han observado hematemesis y melena; puede haber perforación al peritoneo o a los órganos vecinos, inclusive a la pelvis renal, todo ello debido a la acción péptica (7-8).

DIAGNOSTICO

Este es casi imposible de hacer correctamente debido a la vaguedad de la sintomatología. Como se ha dicho ya, los fenómenos de tipo compresivo pueden hacer pensar fácilmente en una estenosis pilórica, espasmo o atresia duodenal. Por otra parte, ciertas complicaciones (anteriormente mencionadas) como la hematemesis, melena o peritonitis por perforación péptica, bien sea directamente al peritoneo o a los órganos vecinos como la pelvis renal, pueden hacer aún más confuso el cuadro. Por el hecho de no tener estas duplicaciones duodenales, comunicación con el intestino, los Rx no suelen ser de valor para hacer el diagnóstico adecuado (2-8).

TRATAMIENTO

Debido a lo excepcional de esta patología, y al hecho de que prácticamente nunca se hace el diagnóstico preoperatoriamente, el cirujano se encuentra con una situación, que debe resolver con arreglo a su criterio y a su experiencia general, sin obrar en su poder con mucha información. Gross (5) en sus cuatro casos, actuó de la siguiente manera: en dos efectuó una "fenestración" hacia el duodeno; en uno hizo una extirpación supradiafragmática y en otro extirpación seguida de gastroyeyunostomía. Sohn en 1924 consiguió por primera vez efectuar la resección de un duplicado duodenal seguida de un Billroth II en una niña de 8 años, con supervivencia. Las posibilidades terapéuticas que se tienen a mano son: a) Marsupialización externa, b) Eucleación, c) Drenaje interno, hacia un asa intestinal yeyunal. d) Fenestración. e) Extirpación seguida de reconstitución de la continuidad intestinal por uno u otro método. En general se considera que la eucleación no puede hacerse o es por demás peligrosa, por el hecho de tener la duplicación y el duodeno una círcu-

lación común. El drenaje hacia el yeyuno parece aceptable pero se recomienda (4) que vaya seguida de una yeyunoyeyunostomía.

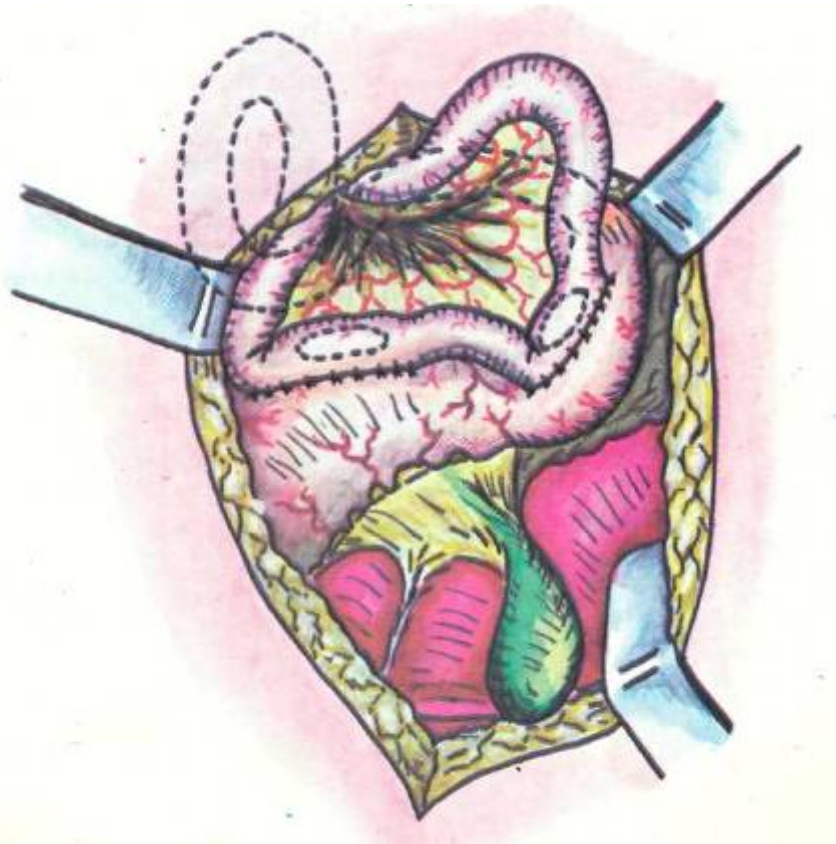
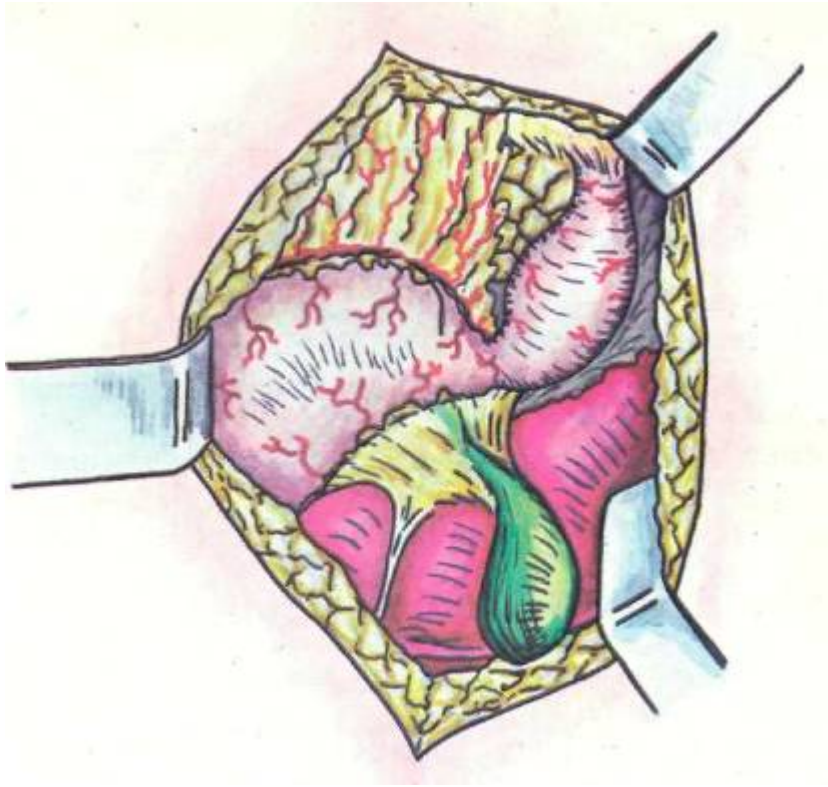
Algunos consideran que si bien es una buena operación para estos casos, se pueden producir posteriormente hemorragias u otras complicaciones. La fenestración, que consiste en hacer comunicar la cavidad de la duplicación con la **luz** duodenal por medio de una ventana abierta a través de la pared común o mejor dicho, las dos **paredes** que están en contacto, puede al parecer, ser una operación muy buena por lo sencilla y rápida, con tal de que la comunicación sea suficientemente amplia. Según algunos autores, lo ideal sería hacer la extirpación seguida de reparación de la continuidad intestinal por medio de una gastroyeyuno«tomía, pero como se trata en general de enfermos en mal estado general, y con frecuencia de muy corta edad, puede ser un acto quirúrgico demasiado traumático.

RESUMEN

El autor presenta un caso de duplicación intestinal en un niño de dos meses, que fue tratado por medio de un drenaje al yeyuno, seguido de gastroyeyunostomía. La evolución hasta el presente ha sido muy satisfactoria y el niño está asintomático. Se hace a continuación una revisión bibliográfica, haciendo énfasis en las distintas características que presenta este cuadro patológico, en sus aspectos de sinonimia, morfología, anatomía patológica, anomalías concomitantes, frecuencia, sintomatología, diagnóstico y tratamiento.

SUMMARY

The author presents a case of intestinal duplication in a two months aged child treated by drainage to **the** jejunum and followed by gastro-jejunosomy. A brief bibliographical **review** is made about this pathologic[ia] entity concerning pathoogy, clinical behavior and treatment.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—BERGER, E.; Ein **Fall** von Duodenum-Duplikation. Kinderarztliche Praxis. Cuaderno 3: 1966.
- 2.—BLACK, R. A. y BENJAMÍN, E. L.: Enterogenous abnormalities. Am. J. Dis. Child. 51: 1126, 36.
- 3.—BREMER, J. L.: Diverticula and duplication of the intestinal tract. 38: 132, 1944.
- 4.—GARDNER, C. E. y **HART, D.:** Enterogenous Cyst of the duodenum. J.A.M.A. **104:** 1809, 35.
- 5.—**GROSS, R. E.:** The Surgery of Infancy in Childhood, B. W. Saunders Co. Philadelphia, p. 221, 1953.
- 6.—FISHER, E. C: Duplications of the intestinal tract in **infanta**. Archives of Surgery. 61: 957, 1950.
- 7.—LADD, W. W. y GROSS, R. E. : Surgical treatment of duplications of the alimentary tract. Surg. Gynec. Obst. 70: 295, 1940.
- 8.—SCHULER, H. W. y SCHULER, **B.:** **Beitrag** zur **Klinik** der duodenalen Duplikaturen Zeitschrift für Kinderheilkunde. 100: 291, 1967.