

Duplicació antral

J. DE LA FLOR I BRU, J. CARNICER DE LA PARDINA, C. DURAN I FELIUBADALO, P. OBIOLS I ARDERIU i J. TRAVERIA I CASANOVA

Clínica Infantil Nen Jesús. Sabadell. Director: J. Argemí Renom

RESUM

Es presenta el cas de duplicació antral en una nena de 5 anys que presentava un quadre clínic de vòmits persistents, estrenyiment i estancament ponderal, de deu mesos d'evolució. Es comenten els principals aspectes clínics d'aquesta infreqüent entitat. S'analitzen les característiques generals de les duplicacions del tracte digestiu en l'edat pediàtrica.

RESUMEN

Se presenta un caso de duplicación antral en una niña de 5 años que presentaba un cuadro clínico de vómitos persistentes, estreñimiento y estancamiento ponderal, de diez meses de evolución. Se comentan los principales aspectos clínicos de esta infrecuente entidad. Se analizan las características generales de las duplicaciones del tracto digestivo en la edad pediátrica.

SUMMARY

A clinical case of antral duplication in a 5 year old female child, with a 10 month history of vomiting and progressive constipation, is reported. The clinical manifestations of this rare condition and the main characteristics of the alimentary tract duplications in children are discussed.

INTRODUCCIÓ

Les duplicacions digestives són malformacions congènites infreqüents que originen un quadre clínic variable, que depèn de la grandària i de la localització de la duplicació. Solen detectar-se en edats primerenques, però de vegades les manifestacions clíniques apareixen tardanament. Les duplicacions localitzades a la regió antral i pilòrica són particularment infreqüents. Es presenta un cas de duplicació antral en una nena de 5 anys, amb història clínica de vòmits persistents des dels 4 anys d'edat. L'examen radiològic i la fibroendoscòpia digestiva eren suggestius de la presència d'una malformació congènita a la regió antropilòrica. La intervenció quirúrgica i l'examen histològic van evidenciar una petita duplicació antral. L'evolució postquirúrgica va ser favorable, després d'efectuar resecció de la tumoració i piloroplastia. Es comenten les principals característiques i aspectes de les duplicacions del tracte digestiu en la infància, especialment de les duplicacions localitzades a la regió antral i pilòrica.

CAS CLÍNIC

Nena de 5 anys d'edat, sense antecedents familiars ni personals a destacar, que va ingressar en el nostre centre perquè presentava un quadre de vòmits de 10 mesos en evolució, de freqüència i intensitat progressives. Durant les setmanes prèvies a l'ingrés els vòmits eren diaris, postprandials, de contingut alimentari, i s'associaven a distensió moderada de l'àrea epigàstrica que desapareixia amb el vòmit. La pacient presentava, així mateix, constipació i estancament ponderal. L'examen físic era normal. Les proves de laboratori efectuades inicialment van ser normals o negatives, incloent: Hemograma, fórmula leucocitària, VSG, siderèmia, pH-ionograma, glucèmia, proteïnograma i anàlisis rutinàries d'orina i excrements. L'Ecografia abdominal va ser normal. La radiografia simple d'abdomen va revelar una moderada dilatació gàstrica. El trànsit esofagogastroduodenal amb farina baritada va mostrar: Dilatació i



hiperpersistaltisme gàstric, retard de l'evacuació gàstrica, estenosi pilòrica i la presència d'una imatge en «taca suspesa» de localització juxtapilòrica en la curvatura major (fig. 1). La dita imatge es visualitzada en totes les seqüències de l'examen radiològic. Aquestes troballes van plantejar inicialment els diagnòstic d'ulcus gàstric i piloroespasme. Una altra possibilitat era la presència d'una malformació congènita de la regió antropilòrica (atrèsies, membranes, duplicacions, diverticles, teixit pancreàtic heterotòpic, tumoracions gàstriques, etc.).



Fig. 1.

La fibroendoscòpia digestiva va evidenciar la presència de restes alimentàries a l'estòmac, malgrat un període de 8 hores de dejuni previ a l'exploració endoscòpica, la qual cosa constitueix un signe de retenció gàstrica. La mucosa gàstrica apareixia lleugerament hiperèmica. L'antrè pilòric era de morfo-

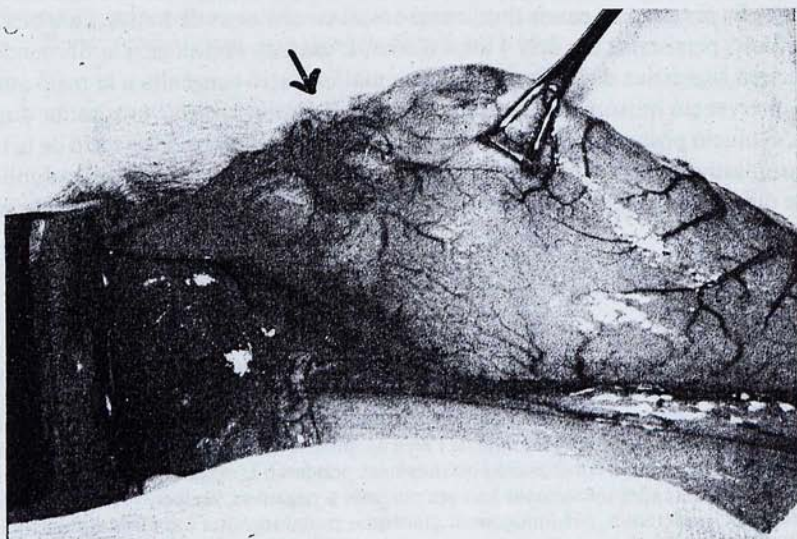


Fig. 2

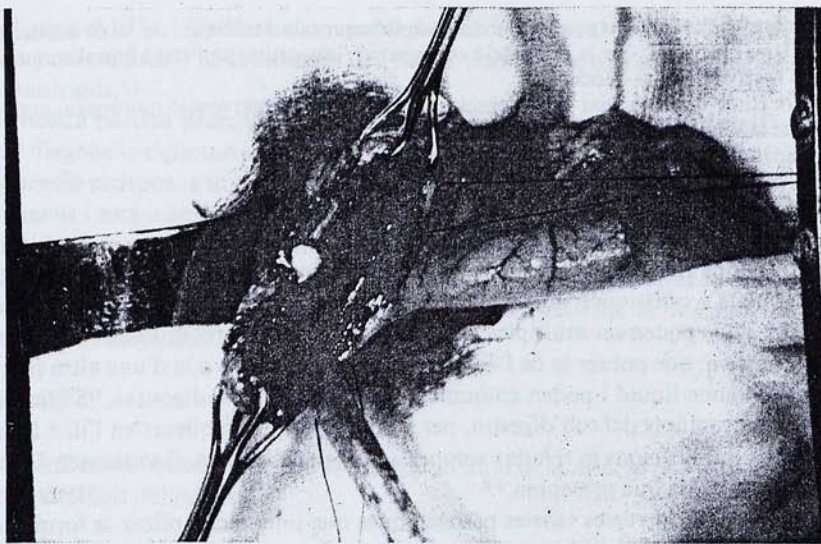


Fig. 3

logia anòmala i s'hi apreciaven un marcat escurçament i un orifici pilòric en situació excèntrica i molt estenòtic, que no permetia el pas del fibroendoscopi a través seu. No es van observar imatges d'ulcus. Les troballes endoscòpiques eren suggestives de malformació congènita.

La intervenció quirúrgica va demostrar la presència d'una petita tumoració arrodonida, d'1,5 cm de diàmetre aproximadament, localitzada a la curvatura major de l'estómac, a la regió antral, pròxima al pílor (fig. 2). Per incisió d'aquesta tumoració, que protuïa de la resta de l'estómac, es va comprovar que es tractava d'una cavitat plena d'un líquid blanquinós (fig. 3). Com que la cavitat era comunicant amb l'estómac, el dit líquid podia ser restes de farina baritada de l'examen radiològic previ a la intervenció. Es va fer resecció de la tumoració i piloroplastia. L'examen histològic dels fragments de paret gàstrica corresponents a la tumoració va revelar que la cavitat estava recoberta de mucosa duodenal

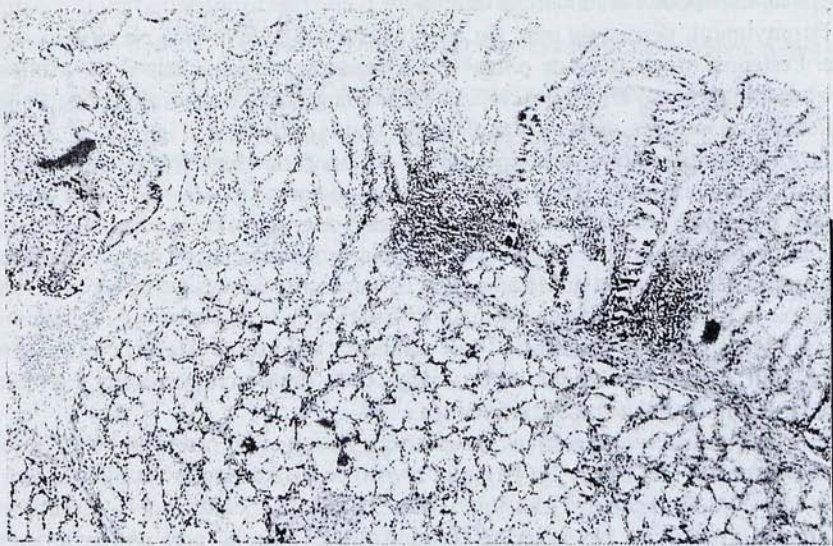


Fig. 4



d'aspecte normal, i es van observar les glàndules de Brunner característiques del teixit duodenal (fig. 4). Es va confirmar, per tant, que la tumoració es tractava d'una petita duplicació antral comunicant, recoberta de mucosa de tipus duodenal.

El curs clínic de la pacient va ser excel·lent després de la intervenció quirúrgica, amb remissió completa de la simptomatologia.

COMENTARIS

Les duplicacions del tracte digestiu són malformacions congènites rares, consistents en masses tubulars o quístiques, adjacents al tub digestiu, de grandària variable, generalment úniques, tot i que poden ser múltiples.^{1,2,3} Són proveïdes de paret muscular i recobertes per mucosa digestiva, que pot ser la de l'òrgan en el qual s'assenten o la d'una altra part del tub digestiu. Contenen líquid i poden comunicar o no amb la llum digestiva.¹ S'han localitzat en totes les estructures del tub digestiu, per bé que són més freqüents en l'ili.⁴ La nomenclatura de les duplicacions es refereix sempre a l'òrgan sobre el qual s'assenten i no al tipus histològic de mucosa que presenten.^{2,6}

S'han proposat diverses teories patogèniques que intenten explicar la formació de les duplicacions.^{2,4} Cap d'elles no és totalment satisfactòria, per bé que la més acceptada és la teoria vascular, que propugna l'existència de fenòmens isquèmics en el període embrionari, que originarien diverses malformacions digestives, com és ara atresies, estenosi, intestí prim curt i les mateixes duplicacions.⁵

Les duplicacions s'associen freqüentment a altres malformacions congènites, entre les quals destaquen les malformacions vertebrals.¹ Són més freqüents en el sexe femení que en el masculí, en proporció de 2/1.^{3,6} Habitualment es descobreixen en els primers anys de la vida. En 2/3 parts dels casos el diagnòstic s'estableix abans del primer any.^{1,2,3} Però de vegades es detecten posteriorment, fins i tot en la senectud.^{3,6} És possible, també, que petites duplicacions asimptomàtiques no arribin a diagnosticar-se.

La simptomatologia amb què es presenten aquestes malformacions és variable, i depèn del lloc on s'assenten i de la seva grandària. Els vòmits són el signe més freqüent observat en algunes sèries, mentre que la palpació d'una tumoració abdominal ho és en altres.^{1,3,6} Les duplicacions poden donar lloc a un quadre d'obstrucció intestinal total o parcial (vòmits, estrenyiment, pèrdua de pes). En les primeres edats de la vida els símptomes poden estrafer l'estenosi hipertròfica de pílor.^{2,4,6} De vegades, les duplicacions es manifesten per dolor abdominal. Quan la duplicació conté mucosa gàstrica ectòpica es poden presentar complicacions pèptiques, com ulceració, hemorràgia i perforació.^{1,2,3}

Davant la inespecificitat dels símptomes, el diagnòstic clínic sol ser de sospita, i s'han d'efectuar alguns exàmens complementaris que poden proporcionar dades addicionals. L'examen radiològic pot mostrar signes indirectes o orientatius de la presència d'una tumoració, pel desplaçament i la compressió que exerceix sobre les estructures adjacents del tracte digestiu. En cas que la duplicació sigui comunicant, el trànsit amb farinetes baritades pot mostrar la imatge del contrast retintut a l'interior de la duplicació.^{2,6} En alguns casos, l'ecografia pot facilitar el diagnòstic.^{7,8} El diagnòstic definitiu s'estableix mitjançant la intervenció quirúrgica i l'estudi anatomopatològic de la tumoració ressecada. La intervenció quirúrgica és alhora diagnòstica i terapèutica.

Entre les duplicacions digestives, les gàstriques són les més rares. Fins a 1970 solament s'havien comunicat tres casos.¹ En l'àmplia revisió de Pruksapong s'estima que la freqüència realtiva de les duplicacions gàstriques és de 3,8 %.³ Es localitzen a la curvatura major, cara anterior o posterior. No solen ser comunicants.^{2,3,6} En la regió antropilòrica són excepcionals. Grosfeld en publica un cas el 1970.⁹ A la revisió de Pruksapong se troba un al-



tre cas descrit el 1979.³ Galifer i al. en publiquen un altre cas el 1980.¹⁰ Segarra i col.laboradors en comuniquen 4 nous casos en una recent publicació, tots ells de diagnòstic precoç i no comunicants.¹¹

La nostra pacient presentava una duplicació localitzada a la regió antral, pròxima al pílör. El diagnòstic s'efectuà als 5 anys d'edat per l'aparició tardana de la simptomatologia. La duplicació provocava un obstacle a l'evacuació gàstrica, que es manifestava per vòmits, estrenyiment i estancament ponderal. L'examen radiològic i la fibroendoscòpia digestiva van contribuir de manera fonamental al diagnòstic en demostrar l'alteració morfològica de la regió antropilòrica. Tanmateix, l'Ecografia abdominal no va detectar la duplicació, probablement per la seva petita grandària i per la distensió gàstrica. la intervenció quirúrgica va confirmar el diagnòstic i va ser resolutive.

AGRAÏMENT

Agraïm als Drs. V. Varea, P. Vilar i I. Ojanguren llur col.laboració en l'estudi endoscòpic i anatomopatològic del pacient.

BIBLIOGRAFIA

1. Bower R.J., Sieber W.K., Kiese Wetter W.B.: Alimentary tract duplications in children. *Ann Surg.* 1978, 669.
2. Alschibaja T., Putnam T.C., Yablin B.A.: Duplication of the stomach simulating hypertrophic pyloric stenosis. *Am J Dis Child.* 1974, 127, 120.
3. Pruksapong C.H., Donovan R.J., Pinit A., Heldrich F.J.: Gastric duplication. *J. Pediatr. Surg.* 1979, 14:84.
4. Kammerer G.T.: Duplication of the stomach resembling hypertrophic pyloric stenosis. *JAMA.* 1969, 207: 2101.
5. Favara B.E., Franciosi R.A., Akers D.R.: Enteric duplications. *Am J Dis Child.* 1971, 122: 501.
6. Gray, Skandalakis: Embriology for surgeons. WB. Saunders Co 1975. Ed. esp. Ed. Pediàtrica. Pàgs. 131-135.
7. Moccis W.A., Astacio J.E., Kaude J.V.: Ultrasonographic demonstration of gastric duplication in infancy. *Pediatr Radiol.* 1981, II: 52.
8. Teele R.L., Henschke C.I., Tapper D.: The radiographic and ultrasonographic evaluation of enteric duplication cyst. *Pediatr Radiol.* 1980, 10: 9.
9. Grosfeld J.L., Boles E.T., Deiner C.: Duplication of the pylorus in the newborn: A rare cause of gastric outlet obstruction. *J Pediatr Surg.* 1970, 5:365.
10. Galifer R.B., Ferran J.L., Rien D.: Duplication du pylor avec heterotopie pancreatique. *Arch Pediat.* 1980, 21:383.
11. Segarra, V., Gómez A., García Sala C., Segada R., Ruiz Company S., Sanz E., Vila J.J.: Duplicación gástrica: Presentación de cuatro casos localizados en la región antropilórica. *An Esp Pediatr.* 1984, 20, 9: 898.