

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

**QUISTE DE SECUESTRO.
INFORME DE UN CASO**

Dra. Josefa Jiménez Hernández¹, Dra. Mercedes Dimont Bess², Dra. Lourist Palomares Pickering³, Dra. Rosa Nelly Vázquez Vilanova⁴, Dra. Katia Ramírez Sánchez.⁴

RESUMEN

Se informa sobre el caso de una paciente de 88 años con antecedentes de úlcera duodenal y consumo de aspirina. Se ingresa por haber presentado tres vómitos de sangre y deposiciones oscuras con sangre de color vinoso. En el Hospital Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo se realiza laparotomía exploratoria con gastrectomía, ligadura de vaso sangrante, epiploplastia y sutura de la úlcera de la cara posterior y anterior del duodeno y resección de pequeña masa tumoral submucosa duodenal. Además, se realizó vaguectomía. Por estudio histológico se detecta el hallazgo de quiste de secuestro, poco común, asociado a úlcera péptica duodenal.

Palabras clave: QUISTES/patología; HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/etiología; ULCERA PEPTICA/complicaciones.

INTRODUCCION

Los quistes de secuestro son más frecuentes en la niñez y se acompañan de otras malformaciones; pueden localizarse en cualquier lugar del tracto gastrointestinal, así como en el mediastino. Su presencia en la cavidad abdominal es rara y pueden ocurrir después de la infección de un quiste, o una entidad primaria en el órgano perforado. El quiste dentro del duodeno se debe a la presencia de una úlcera duodenal.^{1,2}

¹ *Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Instructor.*

² *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

³ *Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

⁴ *Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Instructor.*

El quiste duodenal distrófico, debido al depósito de páncreas ectópico, es una entidad común.³ Se han descrito quistes de los conductos biliares que se abren en la mucosa duodenal, separados por conductos pancreáticos.⁴ La aparición entre la obstrucción congénita duodenal y el quiste del colédoco no ha sido registrada; sin embargo, la obstrucción duodenal es conocida y asociada a varias anomalías.⁵

Se han registrado casos de duplicación de quistes en duodeno e intrapancreáticos, así como la inversión de la arteria mesentérica superior.^{6,7} También, la ruptura de aneurisma de la arteria pancreático-duodenal causa pseudo-tumor pancreático y obstrucción duodenal.^{8,9}

Se han descrito casos de localización distal ectópica de la papila de Vater en dilatación congénita que favorece el reflujo pancreático biliar^{10,11}, así como irritabilidad e infección de la mucosa duodenal, favorecidos por *H. pylori* en la ulceración péptica. Prácticamente todos los pacientes con úlcera duodenal y alrededor del 70 % de los que tienen úlceras gástricas están infectados por *H. Pylori*. Por lo tanto, se ha prestado gran interés a los posibles mecanismos que este diminuto microorganismo espiral causa al romper el equilibrio de las defensas de la mucosa.¹

Por ultrasonografía abdominal se observó quiste duodenal. Debido a la compresión extrínseca por endoscopia se demostró que era un quiste traumático mesentérico y fibrosis alrededor del duodeno, como resultado de una obstrucción duodenal.¹²

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 88 años con antecedentes de úlcera y de consumo de aspirina. Es ingresado con el diagnóstico de sangramiento digestivo y por haber tenido vómitos con sangre y deposiciones oscuras con sangre color vinoso.

Antecedentes patológicos personales:

Hipertensión arterial.

Úlcera duodenal.

Antecedentes patológicos familiares: No refiere.

Al examen físico:

Mucosas hipocoloreadas.

Aparato respiratorio; Murmullo vesicular normal; frecuencia. 20x1

Aparato cardiovascular. Ruidos cardíacos rítmicos y bien golpeados.

TA: 80/40

min. Hg.

Abdomen: múltiples cicatrices quirúrgicas, plano, blando depresible, no doloroso a la palpación, TCS no infiltrado.

SNC: sin alteraciones. Normal.

Tacto rectal: Ampolla normal, ocupada por materia fecal. Guantes manchados por heces oscuras de consistencia blanda.

Complementarios:

Hb.: 10.8 g/l

Hto.: 38 %

Glicemia 4.5 mmol/l

Se realiza laparotomía exploradora con gastrectomía, ligadura de vaso sangrante y resección de úlcera en la cara posterior y anterior del duodeno. Exéresis de pequeña área tumoral submucosa del duodeno.

Anatomía patológica*Macroscópicamente:*

Se recibe pieza quirúrgica de 10 x 8 mm en la que se observan dos úlceras pépticas con fondo hemorrágico y que al corte se aprecia lesión redondeada, blanca grisácea pálida, bien delimitada de diámetro, submucosa duodenal.

Microscópicamente:

En los cortes histológicos seriados se confirma el diagnóstico de quiste de secuestro asociado a úlceras pépticas duodenales (Figs. 1 y 2).

DISCUSION DEL CASO

Se trata de una paciente de 88 años, con historia de úlcera duodenal, ingestión de aspirina, que acude a consulta por sangramiento digestivo alto; por laparotomía exploradora se confirma la úlcera duodenal, y se aprecia la asociación de masa tumoral, pequeña, submucosa, duodenal como hallazgo que hizo pensar en tumores benignos como el leiomioma, adenoma, lipoma, así como tumores de origen nervioso, vascular y epitelial hamartomatoso.¹³ Por estudio histológico se confirma un quiste de secuestro, que no es frecuente en pacientes adultos y menos en ancianos, por lo que nos hemos tomado el interés de revisar la bibliografía e informar acerca del caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Diez Valladares L, Sánchez Permonte A, González O, Pérez Aguirre, Talavera P, Gutiérrez del Olmo A, Tores AJ, *et al.* Duodenal duplicated cyst manifested by acute pancreatitis and obstructive jaundice in an elderly man. *Hypotogastroenterology*. 1998; (45): 2110-4.
2. Itoh K, Kamega Y, Olmo N, Togaza S, Ohara H, Joh T, *et al.* Cystoduodenostomy. New perspectives. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2002; 14 (4): 45-61.
3. Marmorale A, Tercier P, Monlicelli L, Namora M, Hugnet C. Inverted cystic tubulovillous adenoma involving Brunner's glands of duodenum. *Ann Chir*. 2003; 128 (3): 180-4.
4. Kamesava T, Yoshuke M, Egwa N, Ruta K, Okamoto A, Matsukawa M. Endoscopic fenestration of a duodenal duplication cyst to resolve recurrent pancreatitis. *Hepatogastroenterology*. 2005 ; 59 (xi): 29-32.
5. Komuro H, Makino S, Tahara K. Choledochal cyst in infancy and childhood. Analysis of 16 cases. *J Pediatr Surg*. 2000; 35 (8): 1259-62.
6. Tanyet F, Eregitmaz M. EUS mini probes in diagnosis of cystic dystrophy of duodenal wall in heterotopic pancreas: a case report. *Pediatr Radiol*. 2001; 31 (3): 187-8.
7. Niegues R, Dieta KH, Bettendorf O, Domschke W, Pohle T. Ultrasonographic and MRI aspects of cystic duodenal dystrophy with aberrant pancreatic tissue. *Gastrointest Endosc*. 2005; 62 (1): 190-2.
8. Itoh K, Kameja OMO, Nitrogawa S, Nomura T, Ohara H, Josh T, *et al.* Cystic dystrophy of the gastric and duodenal wall developing in heterotopic pancreas: an unrecognised entity. *EUR J Gastreenterol Hepatol*. 2002; 14(4): 457-61.

9. Dreong M, Denoulos JG, Gupta Brykt T, Saps M, Di Lorenzo Cisveen A, Waseem M, *et al.* Duodenal duplication cyst causing severe pancreatitis: imaging findings and pathological correlation. *Pediatr Rev.* 2005; 26(1): 23-33.
10. Yamakata LA, Yian Xia D, Yong W, Segawa O, Lane GI, Kun W, *et al.* Inverted cystic tubulovillous adenoma involving Brunner's glands of duodenum. *J Pediatric Surg.* 2001; 36 (11): 1617-22.
11. Fritsch J, Pelletier G, Buffect C. Cystic dystrophy of the duodenal wall associated with chronic alcoholic pancreatitis. Clinical features, diagnostic procedures and therapeutic management in a retrospective multicenter series of 23 patients. *Gastroenterol Clin Biol.* 1999; 23 (6-7): 717-29.
12. Altoy T. Duodenal duplication cyst of the ampulla of Vater. *Utus Trauma Dery.* 2005; 11(2): 162 -4.
13. Robbins. *Patología Estructural y Funcional.* 5ªed. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1996.p.905.

FIGURAS



Fig. 1 . Quiste de secuestro.

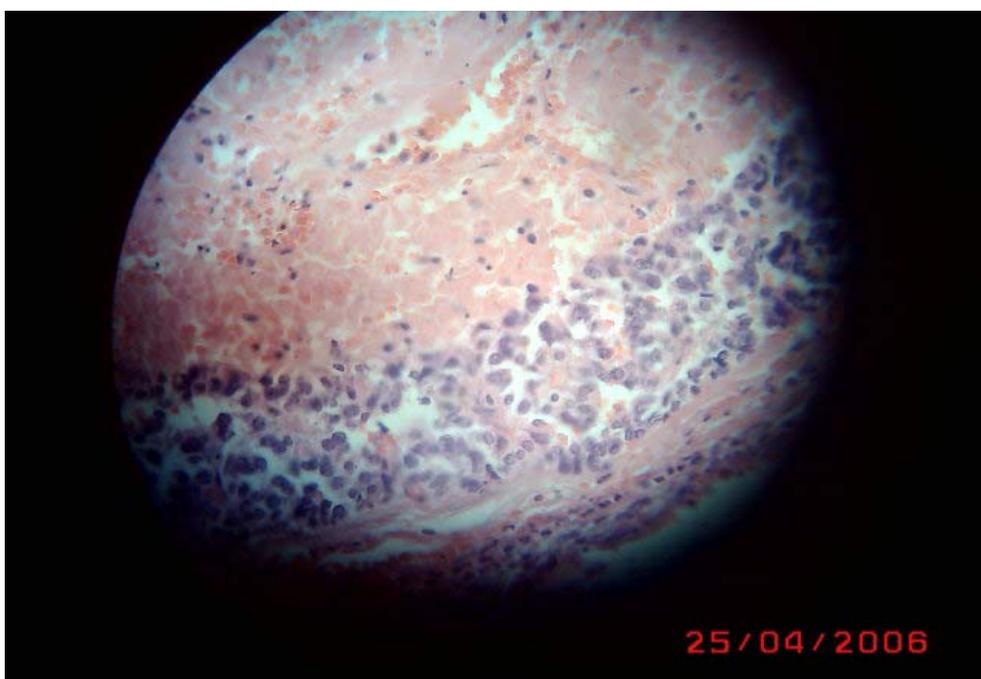


Fig. 2. Quiste de secuestro.