

## Quiste de duplicación gástrica con revestimiento de tipo respiratorio. Presentación de caso y revisión

### *Gastric duplication cyst with respiratory type coating*

Eduardo J. Houghton, Mario Morales, Daniel Pedreira, Inés Stella, Ana C. Bagnati.

Hospital "Bernardino Rivadavia". Ciudad Autónoma de Buenos Aires.  
9 de junio de 2013

Correspondencia:  
Dr. Eduardo J. Houghton  
E-Mail: ehoughton26@  
yahoo.com.ar

#### RESUMEN

---

Se presenta un paciente de sexo masculino de 44 años, sin antecedentes de relevancia, quien consulta por dolor abdominal de largo tiempo de evolución asociado a síntomas de impregnación. Se le solicita una TC donde se constata una formación en el ligamento gastrohepático en contacto con la curvatura mayor gástrica. Se decide conducta quirúrgica y, como resultado, en la anatomía patológica se obtiene: formación quística gástrica revestida por epitelio de tipo respiratorio. Dada la extrema infrecuencia de este tipo de casos, habiendo 21 hasta el momento en la literatura, consideramos útil su publicación.

■ **Palabras clave:** quiste de duplicación gástrica, epitelio respiratorio, epitelio pseudoestratificado.

#### ABSTRACT

---

Male patient 44 years old with no history of relevance is presented. Who with abdominal pain of long evolution associated with symptoms of impregnation. It asks for a TAC where a tumor in gastro hepatic ligament in contact with the gastric greater curvature is found. It was decided to conduct surgical and result in pathology is obtained: gastric cystic formation lined by respiratory-type epithelium. Given the extreme rarity of such cases, having 21 so far in the literature, we consider useful publication.

■ **Key words:** gastric duplication cyst, foregut duplication, pseudostratified epithelium.

Recibido el  
12 de agosto de 2013  
Aceptado el  
18 de febrero de 2014

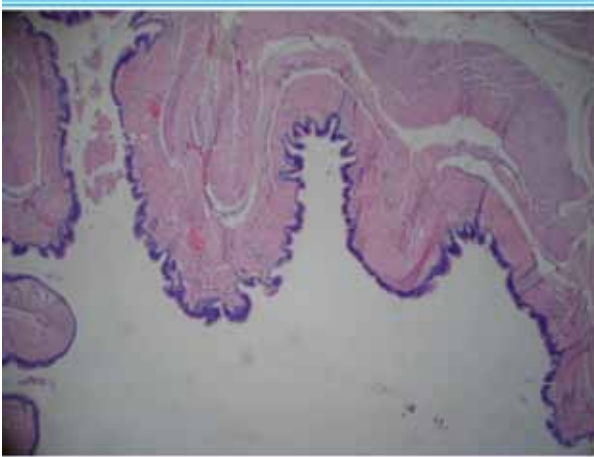
FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3



H&E 4x, pared del quiste con revestimiento epitelial respiratorio: cilíndrico ciliado pseudoestratificado con células caliciformes y capa muscular de tipo gástrico

Se presenta un paciente masculino de 44 años, sin antecedentes de importancia, consultando por dolor abdominal crónico, localizado en epigastrio, sordo, de tipo intermitente o cólico, asociado a astenia, adinamia de un año de evolución y pérdida de peso de 9 kg en los últimos seis meses.

Laboratorio general dentro de valores normales. Serología para hidatidosis, hepatitis, HIV y marcadores tumorales negativos (CA 19-9, CEA, Ca 125 y alfa fetoproteína).

Ecografía: a nivel paraaórtico izquierdo ligeramente cefálico a la imagen del tronco celíaco, se observa imagen quística de 46 x 34 x 41 mm, con nódulo sólido en su interior (Fig. 1).

Se solicita tomografía computarizada (TC): se identifica imagen hipodensa de límites bien definidos y configuración pseudorredondeada que mide aproximadamente 50 mm, que se ubica en topografía del ligamento gastrohepático, en contigüidad con la curvatura menor gástrica y proyectándose sobre el parénquima hepático del lóbulo izquierdo (Fig. 2).

Se decide intervención quirúrgica. Hallazgo: tumoración quística dependiente de la curvatura menor del estómago con continuidad con la pared de este. Anatomía patológica (Figs. 3 y 4): formación quística gástrica revestida por epitelio de tipo respiratorio, con áreas exulceradas, hemorragia, siderofagia y componente inflamatorio crónico vinculable a quiste endodérmico. Inmunohistoquímica: CKAE1 AE3, CK 7 positivas en epitelio de revestimiento; CK20 y TTF1 negativas.

Los tumores quísticos del estómago son sumamente raros. Según Vincenzo Napolitano, hasta fines de 2012 fueron publicados 21 casos solamente. Palmer en 1951<sup>1</sup> los clasificó –basándose en su etiología– en generados por influencias prenatales, infecciosos (equinococo), traumatismo, anormalidades mecánicas (quistes de retención) y, por último, aquellos de crecimiento *de novo* (adenomatosos, secundarios a degeneración de otros tumores). Dentro de la primera clase se encuentran los quistes de duplicación gástrica. Estos representan un 2 a 8% de todas las duplicaciones quísticas del tracto digestivo.<sup>5</sup> Son lesiones esféricas, no comunicadas con el estómago y se localizan más frecuentemente en la curvatura mayor del estómago.<sup>3</sup> Según Wu Jiang,<sup>5</sup> los quistes gástricos con epitelio ciliado columnar pseudoestratificado son más comunes en la curvatura menor del estómago cercanos a la unión esofagogástrica y son levemente más frecuentes en el sexo femenino entre los 25 y 76 años. En cambio, para Ramia<sup>3</sup> suelen diagnosticarse en la infancia y su hallazgo en adultos suele ser incidental.

Existen varias teorías acerca de su etiología todas basadas en alteraciones del desarrollo embriológico, pero su fisiopatología concreta aún no está clara. Gensler<sup>1</sup> en 1966 propuso que dichos quistes derivan de la porción más caudal de brote laringotraqueal que

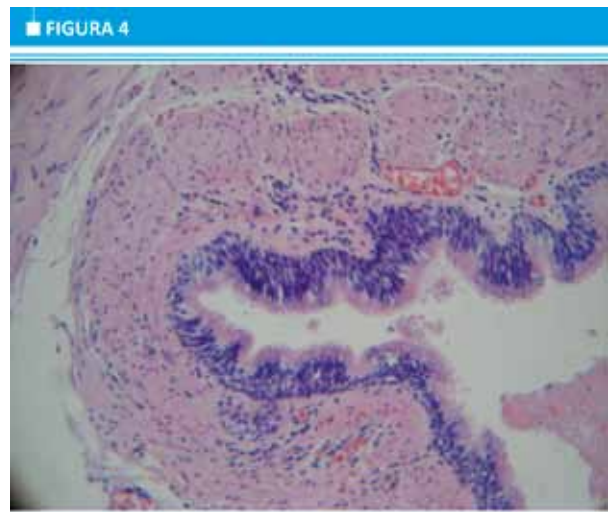
permanece unida al intestino anterior primitivo destinada a formar posteriormente el estómago y migrar a la cavidad peritoneal después de la fusión de la membrana pleuroperitoneal en la séptima semana del desarrollo.

Murakami<sup>2</sup> describe que, cuando los quistes con epitelio columnar pseudoestratificado contienen glándulas seromucosas respiratorias o cartílago, se trata de quistes broncogénicos; si contienen (además de epitelio columnar pseudoestratificado) dos capas de músculo liso sin cartílago se trata de quistes esofágicos y, cuando esas características están ausentes, simplemente los denomina quistes del intestino anterior. El caso que presentamos corresponde a este último grupo con la característica especial de estar revestido por epitelio de tipo respiratorio.

Suelen ser de carácter asintomático o cursar con síntomas poco específicos, como dolor abdominal, náuseas, vómitos, pérdida de peso, masa abdominal.<sup>3-5</sup>

Las complicaciones posibles descritas en la literatura son obstrucción, sangrado, fistulización, perforación.<sup>3-5</sup>

Se asocian hasta en un 50% a otras malformaciones, como secuestro pulmonar, riñón multiquistico, disgenesia gonadal, hipergastrinoma y alteraciones neurológicas.<sup>3</sup> Los estudios complementarios para su diagnóstico son la ecografía, la ecoendoscopia, la tomografía y la resonancia magnética. La punción con aguja fina puede ser guiada con tomografía, ecografía o ecoendoscopia y puede hacer diagnóstico. De todos modos, creemos que esto no es conveniente debido a que uno de los diagnósticos diferenciales son los tumores del estroma gastrointestinal cuya punción puede llevar a su diseminación o sangrado.



H&E 10x, detalle del epitelio.

Los requisitos histopatológicos necesarios para catalogar al quiste como quiste de duplicación gástrica son:<sup>3</sup>

- Tener conexión con el estómago
- Capa externa de musculatura lisa que tenga segmento común con la pared gástrica
- Revestimiento de mucosa gástrica aunque se hayan descrito en la literatura casos con revestimientos como bronquial y pancreático.

Se han descrito casos de malignización,<sup>2-5</sup> por lo cual consideramos que la conducta debe ser quirúrgica independientemente de la presencia o ausencia de sintomatología. El tratamiento quirúrgico adecuado consiste en la resección completa.

#### Referencias bibliográficas

1. Gensler S, Seidenberg B, Rifkin H, Rubinstein B. Ciliated lined intramural cyst of the stomach: case report and suggested embryogenesis. *Ann Surg.* 1966;163(6):954-6.
2. Murakami S, Isozaki H, Shou T, Sakai K, Toyota H. Foregut duplication cyst of the stomach with pseudostratified columnar ciliated epithelium. *Pathol Int.* 2008;58(3):187-90.
3. Ramia-Ángel JM, et al. Letters to editor. *Rev Esp Enferm Dig.* (Madrid) 2011;103 (4):225-6.
4. Napolitano V, Pezzullo AM, Zeppa P, Schettino P, D'Armineto M, Palazzo A, et al. Foregut duplication of the stomach diagnosed by endoscopic ultrasound guided fine-needle aspiration cytology: case report and literature review. *World J Surg Oncol.* 2013; 11:33. Published online 2013 February 2.
5. Wu Jiang, Bo Zhang, Yan-biao Fu, Jia-wei Wang, Shun-liang Gao, Su-zhan Zhang, et al. Gastric duplication cyst lined by pseudostratified columnar ciliated epithelium: a case report and literature review. *J Zhejiang Univ Sci B.* 2011 January; 12(1):28-31.