

Duplicación colónica completa, relevancia de los estudios de imagen. Presentación de un caso

López-Medina P¹, Vidal-Medina J², González-Zárate E³, García-Medina MA⁴, Huerta-Vega JA^{5*}

Resumen

Las duplicaciones del tracto digestivo son raras y pueden afectar a cualquier parte del tracto gastrointestinal; suelen compartir una pared común y aporte vascular, son estructuras quísticas o tubulares frecuentes en esófago e íleon; sólo 4 a 18% afecta al colon, por ello su diagnóstico y tratamiento son más complejos. Se presenta el caso de un varón de 9 años de edad con duplicación colónica completa de origen en el ciego; fue tratado con enemas por estreñimiento y posteriormente intervenido por sospecha de megacolon secundario a enfermedad de Hirschsprung. Sin embargo, en revisión retrospectiva de los estudios de imagen se observó el sitio de inicio de la duplicación. Se denota la importancia de los estudios de imagen donde el hallazgo de una gran colección de gas en el abdomen, en aposición con el colon en los rayos X, es sugerente de una duplicación y donde el enema baritado puede ser de gran valor excluyendo otras posibles causas de grandes colecciones de gas.

PALABRAS CLAVE: duplicación colónica, estudios de imagen, enema baritado.

Rev Esp Méd Quir. 2017 Jan;22(1):37-41.

Intestinal duplication, relevance of image studies. Presentation of a clinical case.

López-Medina P¹, Vidal-Medina J², González-Zárate E³, García-Medina MA⁴, Huerta-Vega JA^{5*}

Abstract

The duplication of the digestive tract is rare and can affect any part of the gastrointestinal tract, often share a common vessel wall and contribution was cystic or tubular structures and are more frequent in the esophagus and ileum and only 4% to 18% affects the colon, therefore its diagnosis and management is more complex. For a male 9-year-old presented with a complete colonic duplication arising from the blind, who was being managed with enemas for constipation and later seized by suspected megacolon secondary to Hirschsprung disease, but in retrospective review of imaging start site of replication is observed. The importance of imaging studies where the discovery of a large collection of gas in the abdomen in apposition to the colon in the X-ray is suggestive of a duplication and where barium enema can be of great value excluding other possible causes of denoted large collections of gas.

KEYWORDS: colonic duplication; imaging; barium enema

¹Jefa de residentes de Cirugía Pediátrica.

²Médico residente de tercer año de Cirugía Pediátrica.

³Médico Cirujano Pediatra, adscrito.

⁴Médico Cirujano Pediatra, adscrito.

⁵Médico Cirujano General.

¹⁻⁴Hospital Pediátrico Moctezuma, SSDF.

*Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. ISSSTE.

Recibido: marzo 2016

Aceptado: julio 2016

Correspondencia

Dra. Perla López Medina
perla.lopezm@outlook.com

Este artículo debe citarse como

López-Medina P, Vidal-Medina J, González-Zárate E, García-Medina MA, Huerta-Vega JA. Duplicación colónica completa, relevancia de los estudios de imagen. Presentación de un caso. Rev Esp Med Quir. 2017;22(1):37-41.

INTRODUCCIÓN

La duplicación del tracto digestivo es rara y puede afectar a cualquier parte del tracto gastrointestinal.¹ Las duplicaciones suelen compartir una pared común y aporte vascular, siendo estructuras quísticas o tubulares y son más frecuentes en esófago e íleon y sólo de 4 a 18% afectan al colon, por ello su diagnóstico y tratamiento son más complejos.² Son más comúnmente encontradas en pacientes menores de 2 años y generalmente se presentan como tumores, obstrucción intestinal o sangrado.³

El hallazgo de una gran colección de gas en el abdomen o pelvis en aposición con el colon en los rayos X es sugerente de una duplicación. Un enema de bario puede ser de gran valor en los niños que presentan estreñimiento ocasional. Los estudios tomográficos computados pueden excluir otras posibles causas de la gran colección de gas abdominal.³

El tratamiento quirúrgico de las duplicaciones de colon varía en función de su tipo, localización, así como malformaciones asociadas, y aunque ha habido algunos reportes de cambios malignos en adultos, son en sí mismas lesiones benignas.⁴

PRESENTACIÓN DE CASO

Niño de 9 años de edad cuyo único antecedente patológico era haber tenido una hospitalización a los 5 años de edad, durante un mes, por distensión y dolor abdominales; fue egresado sin diagnóstico definido a decir del familiar. Ingresó al servicio de urgencias pediátricas de nuestra unidad hospitalaria por padecimiento de 4 días de evolución con distensión abdominal, dolor tipo cólico generalizado, náusea y vómito de contenido gástrico, negando estreñimiento, diarrea o algún otro síntoma, fue atendido por un médico facultativo dos días antes de su ingreso con antiespasmódico (butilioscina), sin mejoría.

A su ingreso al servicio de urgencias se encontró taquicárdico, afebril, con peso de 19 kg (P2%), talla 119 cm (P75%); despierto, alerta, hipoactivo, con mucosa oral mal hidratada, palidez generalizada, faringe normal, cuello cilíndrico, sin adenomegalias, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, murmullo vesicular presente, ruidos cardiacos rítmicos, de adecuado tono y frecuencia, sin soplos; abdomen distendido en 58 cm, blando, dolor a palpación profunda en mesogastrio, hipogastrio y ambas fosas ilíacas, hepatomegalia de 2 ´ 2 ´ 2 cm debajo de reborde costal, rebote negativo, peristaltismo aumentado, genitales masculinos sin alteraciones, extremidades sin edema, no se realizó tacto rectal.

Laboratorios con leucopenia en 3,500/mm³, anémico con Hb 7 mg/dL y Hct 27.8%, plaquetosis en 624,000/mm³, electrolitos séricos, tiempos de coagulación, química sanguínea y pruebas de funcionamiento hepático normales.

Se le practicaron radiografías simples de abdomen (**Figura 1**) observándose dilatación importante de asas intestinales, con abundante materia fecal y niveles hidroaéreos; estudio contrastado (**Figura 2**) que confirmó la dilatación de las asas y ocupación por materia fecal, no se visualizó zona de transición; sin embargo, no fue un estudio en busca de dicha zona. Se diagnosticó como estreñimiento y probable parasitosis intestinal, por lo que se inició manejo con metronidazol, albendazol y metoclopramida, así como enemas evacuantes hipertónicos y transfusión de paquete globular, con este último se tuvo un control de hemoglobina a las 24 h postransfusionales de 9.3 mg/dL. Después de 3 días de iniciado el tratamiento persistió con distensión, hiporexia y agudización del dolor abdominal. Se hizo control radiológico que mostró persistencia de distensión de asas y niveles hidroaéreos, se solicitó interconsulta al servicio de cirugía pediátrica concluyendo que,



Figura 1. Radiografías simples de abdomen: dilatación importante de asas intestinales con niveles hidroaéreos y abundante materia fecal.



Figura 2. Enema baritado con distensión de asas intestinales y aparente megacolon.

ante el cuadro de abdomen agudo secundario a megacolon por enfermedad de Hirschsprung, se realizara laparotomía donde se encontró una duplicación colónica con origen en el ciego, extendiéndose tubular por colon ascendente, transverso y descendente, con mesenterio propio, sin pared común y terminando a nivel de la deflexión peritoneal en sigmoides. Se realizó resección cuidadosa de mesenterio de la duplicación y, teniendo único punto de comunicación a nivel de ciego (**Figura 3**), se realizó la resección



Figura 3. Duplicación colónica tubular con origen en ciego y hasta sigmoides con mesenterio independiente.

a este nivel más apendicectomía, cierre de comunicación en un plano con material absorbible multifilamento y toma de biopsias segmentarias de colon (**Figura 4**).

El examen de la pieza resecada mostró que el ciego, la duplicación y el colon normal tenían comunicación luminal por una configuración en "Y", no se encontró mucosa ectópica y la pared de colon duplicado era similar a un colon normal.



Figura 4. Imagen de sitio de resección de duplicación a nivel de ciego y cierre en un solo plano.

Se corrigió la anemia del paciente que evolucionó en forma estable, toleró la vía oral a las 48 h de operado, se realizó ecografía renal, así como urotomografía descartando malformación genitourinaria, como parte de protocolo de los pacientes con duplicación, y egresó 5 días después de la cirugía. El paciente permanece en seguimiento por consulta externa sin distensión abdominal, se recuperó de la anemia que pudo deberse a su estado de malnutrición crónica. Su patrón defecatorio es normal con evacuaciones diarias y, en ocasiones, interdiarias Bristol 3-4.

Se hizo revisión retrospectiva del caso y del estudio contrastado realizado. Encontramos detalles no observados previamente como una imagen en "pinza de cangrejo o configuración en Y" (**Figura 5**) que es compatible con el origen de la duplicación a nivel del ciego y que, si bien no hubiera cambiado la vía de abordaje y el manejo, el diagnóstico prequirúrgico sí hubiera sido otro; de ahí la importancia de la realización e interpretación adecuada de los estudios y la utilidad de estos para diagnóstico, abordaje y tratamiento de los pacientes.

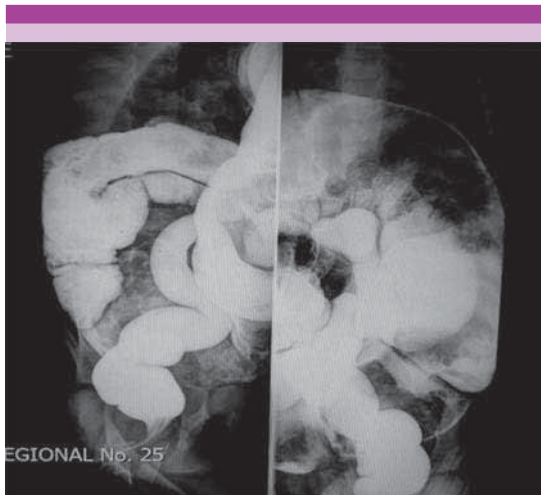


Figura 5. Enema baritado que muestra imagen en pinza de cangrejo o configuración en Y que muestran sitio de origen de duplicación.

DISCUSIÓN

Las duplicaciones del tracto digestivo incluyen una amplia variedad de lesiones en todo el curso del tracto gastrointestinal y pueden ser tubulares o quísticas. El primer informe fue hecho por Calder en 1733 y en 1937 William E. Ladd aplicó el término a lesiones congénitas que deben cumplir con tres características: 1) una capa bien desarrollada del músculo liso; 2) un revestimiento epitelial de algún tipo de mucosa del tracto intestinal y 3) íntima relación anatómica con alguna porción del tracto gastrointestinal. Tienen una incidencia de 1 en 4,500 nacidos vivos y pueden ocurrir en cualquier parte de la orofaringe hasta el ano; pero su presentación en colon es rara (4-18%).⁵

La presentación clínica de la duplicación completa de colon es muy variable. La mayoría de los pacientes tiene cuadros severos de estreñimiento crónico; muchos son catalogados como con enfermedad de Hirschsprung,² como este caso. En los pacientes asintomáticos, con una comunicación adecuada entre el intestino duplicado y nativo, no se requiere ningún tratamiento; no obstante, en los pacientes sintomáticos la exploración quirúrgica es necesaria para confirmar el diagnóstico, sobre todo cuando la radiografía simple, enema de bario o ultrasonido no son suficientes, como en nuestro paciente. Una vez que se confirma el diagnóstico la resección selectiva es a menudo imposible debido a que ambos comparten el mismo sistema vascular.⁶

El tratamiento exitoso de una duplicación con la escisión en forma de "Y" en su base, sin necesidad de resección intestinal, es rara; en nuestro caso los intestinos tenían mesenterio independiente con una única comunicación a nivel del ciego, por lo que la resección de la duplicación a este nivel fue posible; sin necesidad de anastomosis entero-entero, haciendo una única reparación de 3 cm a nivel del ciego, lo que

contribuyó en forma importante a la evolución posquirúrgica favorable del paciente.

Este caso muestra una variante atípica de la duplicación tubular completa de colon y reafirma el hecho de que la presentación clínica puede ser muy subjetiva, además de que los estudios de imagen pueden dar un panorama completamente distinto si la interpretación es adecuada. Muestra que cuando dichos estudios no se tienen, a pesar de los mejores esfuerzos, los detalles anatómicos completos y el plan de operación final pueden llegar a ser evidentes sólo después de la exploración quirúrgica.

REFERENCIAS

1. Bissler JJ, Klein RL. Alimentary tract duplications in children: case and literature review. *Clin Pediatr* 1988;27:152-7.
2. Julie R. Fuchsa, Kathy Clarkb, Francine D. Brecklera, Frederick J. Rescorlaa. Complete colonic duplication—a case report. Section of Pediatric Surgery, Department of Surgery, Indiana University School of Medicine, Riley Hospital for Children, Indianapolis, USA. *Journal of Pediatric Surgery* (2008). 43, E11–E13.
3. John A. Sandoval a, Megan K. Dishop b, Robert M. Kramer c, John F. Bealer. An unusual colonic duplication associated with a foreign body and anemia: a tale of 2 colons. *Journal of Pediatric Surgery* (2011) 46, 562–565.
4. Blaz, Trotovs, eka, Marija Hribnikb, Diana Gvardijanc. Giant T-shaped duplication of the transverse colon. A case report. *Journal of Pediatric Surgery* (2006) 41, E59–E61.
5. Dennis P. Lund. Alimentary Tract Duplications. *Coran Pediatric Surgery*. 7th edition. Chapter 90.
6. Eduardo Corrêa Costaa, Cristina Targa Ferreirab, João Luiz Pippi Sallesc, José Carlos Fraga. Diagnosis and management of congenital rectourethral fistula in a child with long tubular duplication of the colon and Klippel-Feil syndrom. *Journal of Pediatric Surgery* (2011) 46, 2184–2186.