

Quistes de duplicación gástrico como diagnóstico diferencial de tumor del estroma gastrointestinal (GIST). Reporte de caso

Cristian Gallegos-Caro¹, Erick Magariños-Eguez¹, Lorenzo González-Palacios¹

Gastric duplication cysts as a differential diagnosis of gastrointestinal stromal tumor (GIST). Case report

Objective: To describe the clinical, imaging, and surgical findings of a patient who underwent partial gastrectomy due to suspected GIST, biopsy revealed the presence of three gastric duplication cysts.

Materials and Methods: Clinical data were obtained from the patient's medical record, and a literature review was conducted using the terms "gastric duplication cyst in adults" and "gastric duplication." Artificial intelligence was utilized for grammatical correction, writing, and modification of some images.

Results: A case is presented of a 25-year-old female patient who consulted for nonspecific abdominal symptoms. An imaging and endoscopic study suggested GIST, leading to surgical resolution. Through laparoscopic approach, three gastric lesions were identified: two evident from preoperative imaging and another from intraoperative endoscopy. Resection of these lesions was performed using different techniques, and the patient evolved without incidents. Biopsy confirmed the diagnosis of three gastric duplication cysts. **Discussion:** Gastric duplication cysts correspond to a rare congenital pathology, with diagnosis predominantly occurring in neonates or pediatric age, being rare in adults.

Keywords: gastric duplication cyst in adults; gastric duplication.

¹Universidad de Santiago, Complejo Hospitalario San José. Santiago, Chile.

Recibido el 2025-05-26 y aceptado para publicación el 2025-07-14

Correspondencia a:
Dr. Cristian Gallegos Caro
cristianganlegoscaro@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



Resumen

Objetivo: Describir los hallazgos clínicos, imagenológicos y quirúrgicos de una paciente sometida a gastrectomía parcial por sospecha de GIST, cuya biopsia reveló la presencia de tres quistes de duplicación gástrica. **Materiales y Método:** Se obtuvieron datos de ficha clínica de la paciente y se realizó una revisión bibliográfica empleando los términos "quiste de duplicación gástrica en adultos" y "duplicación gástrica". Se utilizó inteligencia artificial para corrección gramatical, redacción y modificación de algunas imágenes. **Resultados:** Se presenta el caso de una paciente femenina de 25 años que consultó por síntomas abdominales inespecíficos. Se realizó un estudio imagenológico y endoscópico que fue sugerente de GIST, definiéndose resolución quirúrgica. Con abordaje laparoscópico, se identificaron tres lesiones gástricas: dos evidenciadas por imágenes preoperatorias y otra por endoscopia intraoperatoria. Se llevó a cabo la resección de estas mediante diferentes técnicas, evolucionando sin incidentes. La biopsia confirmó el diagnóstico de tres quistes de duplicación gástrica. **Discusión:** Los quistes de duplicación gástrica corresponden a una patología congénita poco frecuente, cuyo diagnóstico es predominantemente neonatal o en edad pediátrica, siendo raro en adultos.

Palabras clave: quiste de duplicación gástrica en adultos; duplicación gástrica.

Introducción

Las duplicaciones gastrointestinales son anomalías congénitas raras que pueden ocurrir en cualquier parte del tracto digestivo; la división del intestino primitivo determina topográficamente el lugar de la duplicación. La duplicación gástrica, que se origina en el intestino anterior, es la forma menos habitual de estas anomalías, lo que hace que los quistes de duplicación gástrica sean aún menos frecuentes.

Estas condiciones son predominantemente diagnosticadas en la etapa neonatal e infantil, siendo excepcional su identificación en la edad adulta. La presentación clínica en adultos se caracteriza por síntomas inespecíficos, y el estudio diagnóstico prequirúrgico suele ser insuficiente con las técnicas endoscópicas e imagenológicas actuales. Aunque su presentación puede simular una variedad de condiciones distintas, los GIST representan su principal diagnóstico diferencial.

En este contexto, se presenta el caso clínico de una paciente adulta sintomática con tres quistes de duplicación gástrica, quien fue sometida a resección de las lesiones por sospecha de GIST.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 25 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos relevantes, que consulta por epigastralgia, dispepsia y náuseas de forma intermitente. Se realizó una Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que informó dos lesiones subepiteliales de 20 mm (subcardial) y 10 mm (cara anterior), con aspecto de lipomas. Se complementó el estudio con una endosonografía digestiva alta que describió una lesión subcardial dependiente de la capa muscular que es compatible con un tumor del estroma gastrointestinal (GIST). La segunda lesión corporal impresiona como compresión extrínseca por una lesión quística, con pared y componente sólido dependiente del parénquima hepático.

La Tomografía Computada (TC) con contraste evidenció en la región subcardial, en relación a la curvatura menor, una lesión parietal hipodensa con realce periférico, que se proyecta hacia el lumen gástrico, de 31 x 23 x 33 mm en sus diámetros transverso, anteroposterior y cefalocaudal, respectivamente, sin signos de compromiso transmural ni de extensión hacia estructuras vecinas (Figura 1). Se observó una segunda lesión de características similares en la curvatura mayor, de 18 x 15 x 16 mm, que no se contacta con el parénquima hepático. Con sospecha de GIST, se decidió la resolución quirúrgica.

Con abordaje laparoscópico, se identificaron dos lesiones de 20 y 30 mm en el fondo gástrico, estas lesiones fueron resecadas en forma independiente traccionando los bordes de estas con puntos de seda y seccionando bajo la lesión con sutura mecánica de 60 mm. Se realizó EDA intraoperatoria para asegurar el margen de sección, evidenciando una tercera lesión endofítica subcardial a 1 cm de la UGE (Figuras 2 y 3). Se decidió realizar la resección de esta última lesión en losanjo, mediante gastrotomía resecando la pared total que incluía la lesión y realizando el cierre posterior de forma manual en dos planos sobre una sonda de calibración para evitar estenosis de la unión gastroesofágica (UGE).



Figura 1. Tomografía computada con medio de contraste. Se evidencia en región subcardial por curvatura menor gástrica lesión quística de bordes bien delimitados (flecha roja).

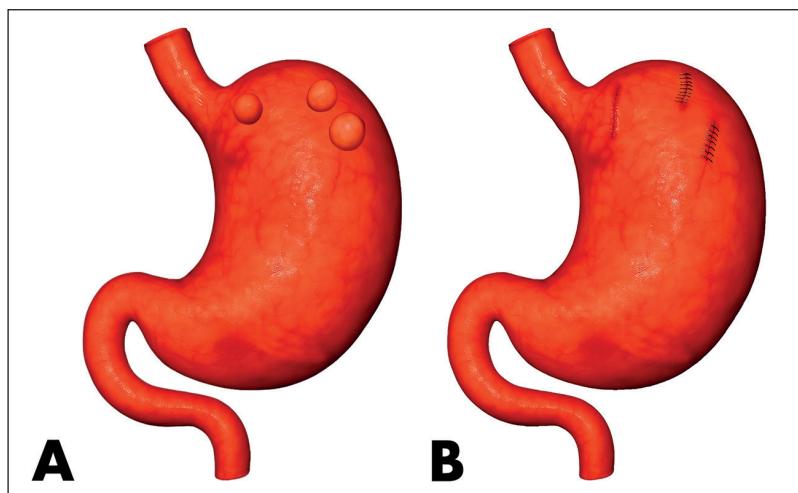


Figura 2. Representación esquemática de la localización de las lesiones, y su resección. **A:** 2 lesiones quísticas ubicadas en el fondo gástrico y una tercera lesión cercana a la UGE. **B:** Representación de las lesiones resecadas; las lesiones de fondo se resecaron en cuña mediante sutura mecánica de 60mm; la lesión cercana a la UGE se reseca en losanjo con gastrotomía y cierre manual posterior.

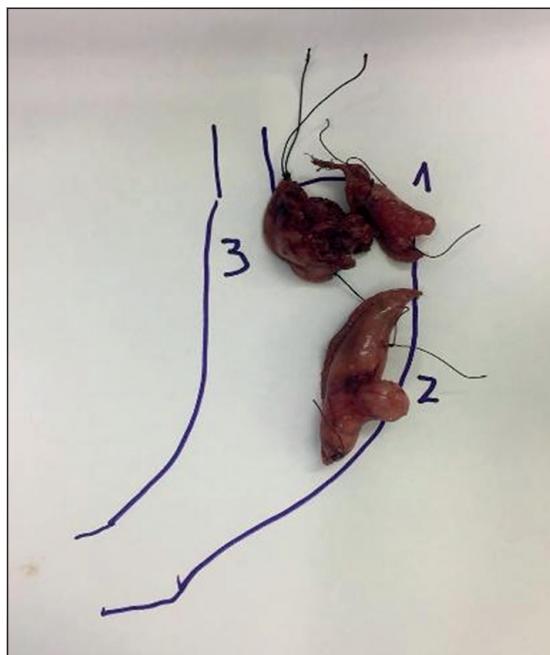


Figura 3. Representación esquemática de las lesiones posterior a su resección y sus ubicaciones aproximada en el estómago.

Se enviaron las piezas a biopsia rápida, que informó márgenes negativos, finalizando el procedimiento sin incidentes. La paciente evolucionó de forma favorable y fue dada de alta al quinto día postoperatorio.

El estudio histológico evidenció que las muestras eran comparables en su totalidad, con tres lesiones quísticas subserosas en las cuales se reconocían mucosa, submucosa y capa muscular, revestidas por epitelio, en parte plano y en otras estratificado y ciliado, con presencia de glándulas de tipo gástrico, sin atipias, mitosis ni evidencia de malignidad, correspondiendo a quistes de duplicación gástrica (Figuras 4 y 5).

Discusión

El desarrollo embriológico del tracto gastrointestinal está mediado por una serie de señales moleculares que determinan la formación de todas las estructuras conocidas en la adultez a partir de tres segmentos: el intestino anterior, medio y posterior. Las duplicaciones gastrointestinales pueden originarse en cualquiera de estas zonas; sin embargo, la localización en el estómago, dependiente del intestino anterior, es muy infrecuente. Los quistes de duplicación gástrica son una entidad rara; desde

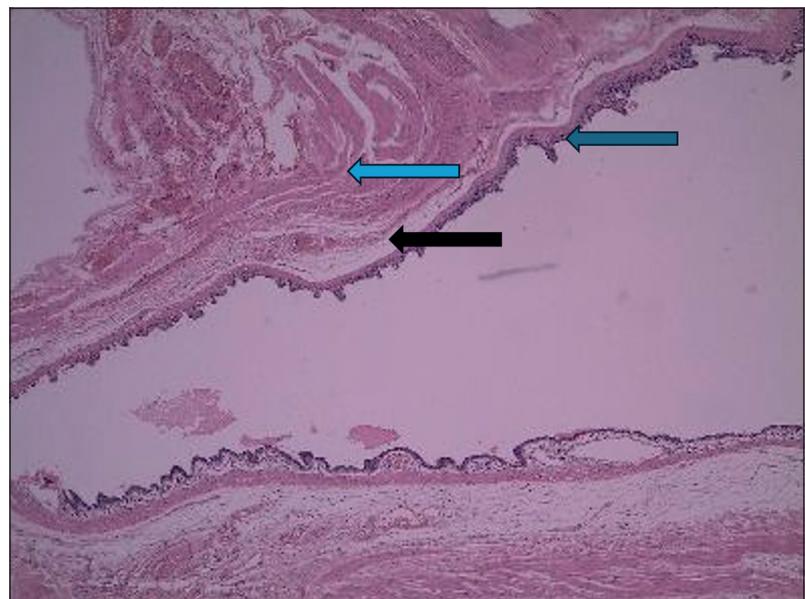


Figura 4. Corte histológico de lesión teñido con hematoxilina-eosina en 20 campos de aumento. Se evidencia lesión conformado por mucosa (flecha azul), submucosa (flecha negra), y muscular propria (flecha amarilla).

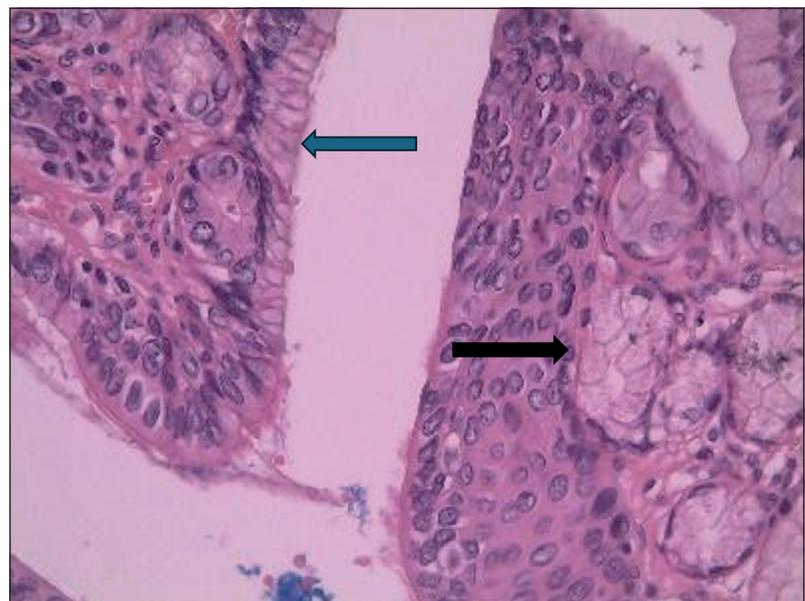


Figura 5. Corte histológico de lesión teñido con hematoxilina-eosina en 100 campos de aumento. Se evidencia epitelio gástrico foveolar (flecha azul) y glándulas pilóricas (flecha negra).

su primera descripción en 1911 por Wendel¹, solo se han reportado algunos casos clínicos en adultos, principalmente en revistas de patología, radiología, gastroenterología y cirugía.

Estructuralmente, los quistes pueden adoptar una forma quística o tubular, siendo la forma quística la más común, representando aproximadamente el 80% de los casos². Estadísticamente, estos quistes son más frecuentes en mujeres y suelen presentarse en menores de 12 años³, principalmente antes de los 3 meses de edad⁴. Embriológicamente, el intestino anterior da origen a la faringe, esófago, tracto respiratorio, estómago, primera porción del duodeno y tracto hepatobiliar, por lo que no es infrecuente que dentro de los quistes de duplicación se encuentren estructuras histológicas correspondientes a estos segmentos⁴.

La etiopatogenia de la formación de estas estructuras quísticas no está bien establecida. Existen varias teorías que intentan explicar su origen; algunas de ellas relacionan la condición con un desarrollo anormal de la notocorda, mientras que otras sugieren alteraciones en el proceso de separación del tracto respiratorio y digestivo², e incluso eventos hipóxicos o traumáticos durante el desarrollo embrionario⁵.

La definición de quistes de duplicación gástrica implica la aparición de estructuras tubulares, quísticas o diverticulares revestidas de mucosa gastrointestinal. Los criterios diagnósticos esenciales incluyen: a) la pared del quiste debe estar en continuidad con la pared del estómago; b) el quiste debe estar rodeado de músculo liso, en continuidad con el músculo del estómago; y c) la pared del quiste debe estar tapizada por epitelio gástrico o algún otro tipo de epitelio intestinal^{6,7}.

En la adultez, los quistes de duplicación gástrica suelen ser asintomáticos; cuando presentan síntomas, estos son generalmente vagos e inespecíficos, como epigastralgia, saciedad precoz y náuseas, lo que lleva a que su diagnóstico sea en su mayoría incidental. Aunque el curso de la enfermedad es típicamente benigno, se han descrito complicaciones como sangrado, torsión, perforación e incluso malignización^{8,9}. Se estima que alrededor del 10% de los quistes puede contener tejido pancreático, lo que también plantea el riesgo de complicaciones asociadas, como pancreatitis o formación de pseudooquistes pancreáticos⁷.

A pesar de los avances en los métodos de imagen, el diagnóstico preoperatorio de los quistes de duplicación gástrica sigue siendo un desafío. La

tomografía y la endosonografía son los exámenes que ofrecen mayor especificidad y sensibilidad en el diagnóstico; incluso, la realización de punciones por endosonografía puede proporcionar confirmación histológica^{10,11}, sin embargo, la certeza diagnóstica sigue siendo difícil de alcanzar, y los diagnósticos diferenciales más comunes deben ser considerados, incluyendo lesiones quísticas pancreáticas, quistes hepáticos y biliares, lesiones quísticas esplénicas, tumores del estroma gastrointestinal y otros quistes mesentéricos u omentales que pueden confundirse con quistes de duplicación gástrica en la evaluación preoperatoria^{12,13}.

Existen múltiples propuestas de tratamiento para los quistes de duplicación gástrica cuando se confirma el diagnóstico preoperatorio, incluyendo manejo expectante, y punciones endoscópicas¹³, sin embargo, el tratamiento ideal recomendado en la literatura, es la cirugía¹⁴. Aunque no hay series publicadas que comparan el tratamiento abierto y laparoscópico en estos casos, se recomienda un abordaje mínimamente invasivo siempre que las condiciones técnicas y logísticas lo permitan, dadas las ventajas ampliamente reconocidas de la laparoscopia^{6,14,15}.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Esfera de colaboración

Dr. Cristian Gallegos C. Concepción y diseño, Redacción, Revisión y Aprobación final.

Dr. Erik Magariños Egüez. Concepción y diseño, Redacción, Revisión y Aprobación final.

Dr. Lorenzo González P. Concepción y diseño, Redacción, Revisión y Aprobación final.

Bibliografía

1. Namdaroglu OB, Argon A, Aydogan S, Ozturk AM, Yakan S, Yildirim M, Erkan N. Gastric duplication cyst in adult: Challenge for surgeons. *J Minim Access Surg.* 2017;13(1):57-9. doi: 10.4103/0972-9941.181772. PMID: 27251837; PMCID: PMC5206841.
2. Guastavino A, Rappa JC, Mandriola F, Varela D. Quiste de duplicación gástrica en el adulto: una rara entidad. *Rev Cir.* 2020;72(2):155-9. doi: 10.35687/s2452-45492020002460.
3. Khouri T, Rivera L. Foregut duplication cysts: a report of two cases with emphasis on embryogenesis. *World J Gastroenterol.* 2011;17(1):130-4. doi: 10.3748/wjg.v17.i1.130. PMID: 21218094; PMCID: PMC3016673.
4. Kim DH, Kim JS, Nam ES, Shin HS. Foregut duplication cyst of the stomach. *Pathol Int.* 2000;50(2):142-5. doi: 10.1046/j.1440-1827.2000.01008.x. PMID: 10792773.
5. Singh JP, Rajdeo H, Bhuta K, Savino JA. Gastric duplication cyst: two case reports and review of the literature. *Case Rep Surg.* 2013;2013:605059. doi: 10.1155/2013/605059. Epub 2013 Feb 19. PMID: 23509656; PMCID: PMC3590563.
6. De Vinata J, Villanueva L, Gonzales É, Asato C, Sumire J, Castro K. Un caso de duplicación gástrica quística del adulto manejado por laparoscopia. *An Fac Med.* 2006;67(2):160-7.
7. Azorín-Samper M del C, Fernández-Palop I, Segura-Jiménez MJ, Fernández-Martínez C, Flors-Alandi C, Checa-Ayett F. Quiste de duplicación gástrico en el adulto. A propósito de un caso. *Cir Cir.* 2019;87(Supl 1):73-6. doi:10.24875/ciru.19000837.
8. Kuraoka K, Nakayama H, Kagawa T, Ichikawa T, Yasui W. Adenocarcinoma arising from a gastric duplication cyst with invasion to the stomach: a case report with literature review. *J Clin Pathol.* 2004;57(4):428-31. doi: 10.1136/jcp.2003.013946. PMID: 15047751; PMCID: PMC1770274.
9. Napolitano V, Pezzullo AM, Zeppa P, Schettino P, D'Armiento 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. doi: 10.1186/1477-7819-11-33. PMID: 23374143; PMCID: PMC3599514.
10. Seijo Ríos S, Lariño Noia J, Abdulkader Nallib I, Lozano León A, Vieites Pérez-Quintela B, Iglesias García J, et al. Quiste de duplicación gástrico: diagnóstico por punción-aspiración guiada por ecoendoscopia. *Rev Esp Enferm Dig.* 2008;100(9):586-90. doi: 10.4321/s1130-01082008000900011. PMID: 19025312.
11. Cherouaqui Y, Belabbes F, Allaoui M, Al Bouzidi A, Rouibaa F. Gastric Duplication Cyst Revealed After an Endoscopic Ultrasound-Guided Fine-Needle Aspiration of a Suspected Mucinous Cystadenoma of the Pancreas. *Cureus.* 2021;13(11):e19560. doi: 10.7759/cureus.19560. PMID: 34917440; PMCID: PMC8669972.
12. Abdalkader M, Al Hassan S, Taha A, Nica I. Complicated Gastric Duplication Cyst in an Adult Patient: Uncommon presentation of an uncommon disease. *J Radiol Case Rep.* 2017;11(8):16-23. doi: 10.3941/jrcr.v11i8.3124. PMID: 29299102; PMCID: PMC5743132.
13. Scatizzi M, Calistri M, Feroci F, Girardi LR, Moraldi L, Rubio CA, et al. Gastric duplication cyst in an adult: case report. *In Vivo.* 2005;19(6):975-8. PMID: 16277009.
14. Kawaiida H, Kimura A, Watanabe M, Akaike H, Hosomura N, Kawaguchi Y, et al. Successful laparoscopic partial gastrectomy and spleen-preserving distal pancreatectomy for gastric duplication cyst connecting with the pancreatic tail. *Int J Surg Case Rep.* 2018;44:176-80. doi: 10.1016/j.ijscr.2018.02.028. Epub 2018 Feb 24. PMID: 29524856; PMCID: PMC5928032.
15. Tayar C, Brunetti F, Tantawi B, Fagniez PL. Traitement laparoscopique d'une duplication gastrique chez l'adulte. *Ann Chir.* 2003;128(2):105-8. doi: 10.1016/s0003-3944(02)00041-x. PMID: 12657549.