

Nota clínica

Quiste de duplicación esofágica intraabdominal. Una entidad infrecuente.

Intra-abdominal esophageal duplication cyst. An infrequent entity.

Ruiz Pardo J, Sánchez Fuentes PA, Vidaña Márquez E, Teruel Lillo I, Reina Duarte Á

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

RESUMEN

Los quistes de duplicación esofágica suponen el 0,5-2,5% de las tumoraciones esofágicas y hasta el 20% de todos los quistes de duplicación.

A su vez, los quistes de duplicación esofágica pueden localizarse a nivel cervical, torácico, toracoabdominal e intraabdominal, siendo las localizaciones más frecuentes la torácica y la toracoabdominal. Sin embargo, la localización de los quistes de duplicación esofágica a nivel intraabdominal exclusivamente es extremadamente rara.

Debido a su infrecuencia, se presenta el caso de un paciente con un quiste de duplicación esofágica exclusivamente intraabdominal.

Palabras clave: quiste de duplicación esofágica, intraabdominal, cirugía.

CORRESPONDENCIA

José Ruiz Pardo
Hospital Universitario Torrecárdenas
04009. Almería
josrp@hotmail.es

XREF

ABSTRACT

Esophageal duplication cysts account for 0,5-2,5% of esophageal tumors and up to 20% of all duplication cysts.

In turn, esophageal duplication cysts can be located at the cervical, thoracic, thoracoabdominal and intra-abdominal levels. The most frequent locations are thoracic and thoracoabdominal. However, the location of esophageal duplication cysts exclusively intra-abdominal is extremely rare.

Due to its infrequency, we present the case of a patient with an exclusively intra-abdominal esophageal duplication cyst.

Key words: esophageal duplication cyst, intra-abdominal, surgery.

INTRODUCCIÓN

Los quistes de duplicación esofágica (QDE) suponen el 0,5-2,5% de las tumoraciones esofágicas¹ y hasta el 20% de todos los quistes de duplicación^{2,3}.

A su vez, los QDE pueden localizarse a nivel cervical, torácico, toracoabdominal y exclusivamente intraabdominal, siendo las

CITA ESTE TRABAJO

Ruiz Pardo J, Sánchez Fuentes PA, Vidaña Márquez E, Teruel Lillo I, Reina Duarte Á. Quiste de duplicación esofágica intraabdominal. Una entidad infrecuente. Cir Andal. 2024;35(1):56-60. DOI: 10.37351/2024351.11

localizaciones más frecuentes la torácica y la toracoabdominal. Sin embargo, la localización del QDE a nivel intraabdominal exclusivamente es extremadamente rara⁴.

Debido a su infrecuencia, se presenta el caso de un paciente con un QDE exclusivamente intraabdominal.

CASO CLÍNICO

Varón de 29 años, sin antecedentes personales de interés, que consultó por dolor epigástrico de 2 años de evolución, con leve disfagia en los últimos meses. En la exploración física no se evidenciaron hallazgos patológicos de interés.

Se realizó una endoscopia digestiva alta que fue normal. También se realizó, una tomografía computarizada abdominal en la que se evidenció una lesión de aspecto quístico (30 UH) de 30 mm de diámetro, a nivel de la unión esofagogástrica, compatible con quiste duplicación (Figura 1). En el tránsito esófagogastroduodenal no se observó paso de contraste a la lesión. Además, se realizó una ecoendoscopia observando una lesión quística de 30 x 28 mm, a nivel de la unión esofagogástrica, de pared regular, con contenido denso en su interior y localizada por fuera de la capa muscular, sugerente de quiste de duplicación (Figura 2). Por último, se completó el estudio con una resonancia magnética, que evidenció una formación quística adyacente a la unión esofagogástrica, de 29 x 27 mm, unilocular, de pared fina, con contenido de intensidad homogénea, sugerente también de quiste de duplicación (Figura 3).

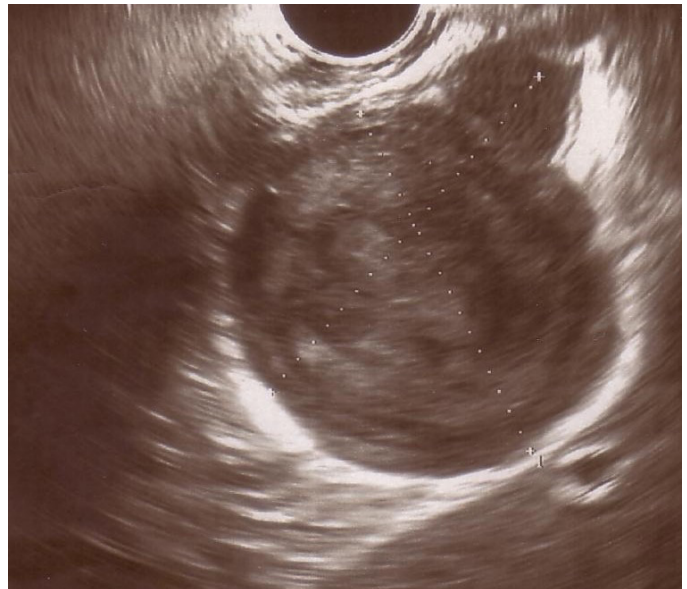


Figura 2

Ecoendoscopia digestiva alta en la que se evidencia una lesión quística de 30 x 28 mm, a nivel de la unión esofagogástrica, de pared regular, con contenido denso en su interior y localizada por fuera de la capa muscular, sugerente de quiste de duplicación.

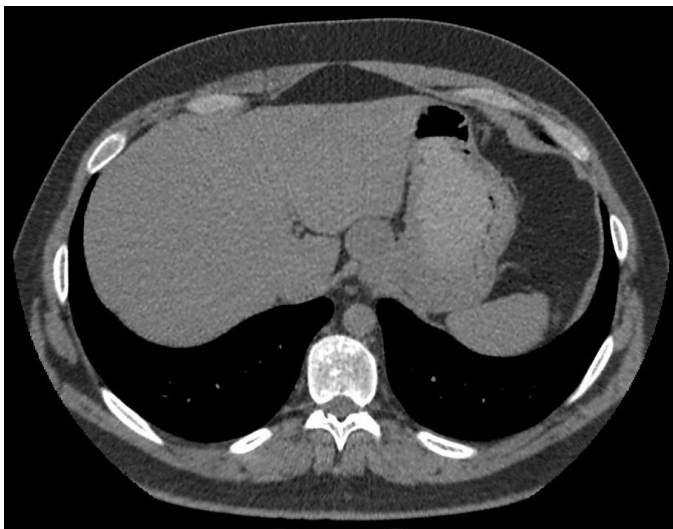


Figura 1

Tomografía computarizada abdominal en la que se observa una lesión de aspecto quístico (30 UH) de 30 mm de diámetro, a nivel de la unión esofagogástrica, compatible con quiste duplicación.

Se intervino mediante abordaje laparoscópico realizando exéresis de la lesión y fuduplicatura tipo Dor sin incidencias.

El análisis histopatológico puso de manifiesto una lesión quística de 3,2 x 3 x 3 cm, bien delimitada, de pared fina, revestida por epitelio columnar ciliado sin atipia, con pared muscular y contenido mucinoso, compatible con QDE.

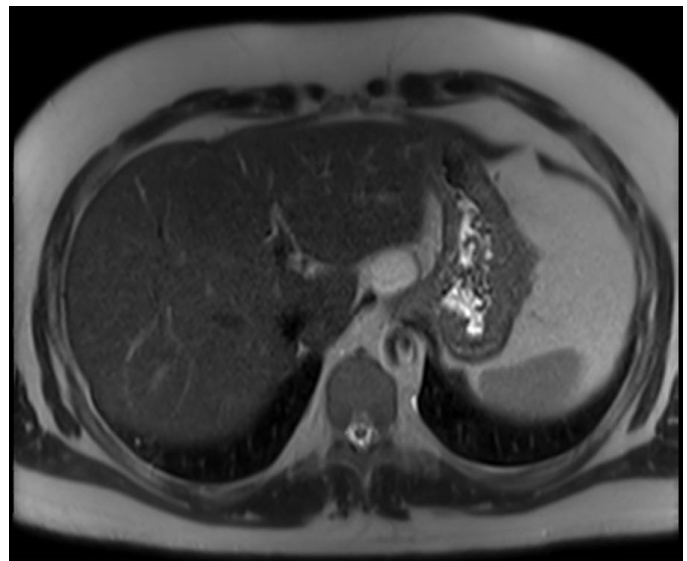


Figura 3

Resonancia magnética en la que se observa una formación quística adyacente a la unión esofagogástrica, de 29 x 27 mm, unilocular, de pared fina, con contenido de intensidad homogénea, sugerente de quiste de duplicación.

Tras 3 años de seguimiento el paciente se encuentra asintomático.

DISCUSIÓN

Los QDE se evidencian en 1 de cada 8200 autopsias^{1,2}, siendo más frecuentes en varones con una relación 2:1⁵.

Para establecer el diagnóstico de los QDE, Palmer estableció los siguientes criterios^{1,4}: a) estar adyacente al esófago, b) presentar un epitelio representativo del tracto gastrointestinal y c) presentar las dos capas de muscular propia. Sin embargo, para los QDE exclusivamente abdominales, estos criterios no son siempre aplicables por estar dichos quistes aislados en la cavidad abdominal y sin relación con la luz del tubo digestivo². También, hay que decir que el 90% de los QDE no están conectados con la luz⁴.

En cuanto a la evolución clínica de los QDE, el 80% serán sintomáticos durante la infancia, siendo resecados por dicho motivo. Por esta razón, estos quistes son extremadamente infrecuentes en

adultos. Así, en adultos, los QDE suelen ser asintomáticos, por lo que el diagnóstico suele ser incidental en pruebas radiológicas realizadas por otro motivo².

En la **tabla 1**, se detallan los casos clínicos más importantes descritos en la literatura científica de QDE exclusivamente intraabdominales¹⁻²⁰. En dicha tabla se analizan el sexo y la edad de paciente, así como la localización, la clínica y el tratamiento de dichos quistes. Como peculiaridades a destacar en este grupo de pacientes con QDE exclusivamente intraabdominales, cabe destacar que estos quistes tuvieron lugar en pacientes menores de 18 años en un 18,2% (n=4), en mujeres en un 54,5% (n=12) y el diagnóstico fue incidental en un 31,8% (n=7).

Tabla 1. Casos más importantes de quistes de duplicación esofágica exclusivamente intraabdominales publicados en la literatura científica

Autores (año)	Sexo	Edad (años)	Tamaño (cm)	Localización	Clínica	Tratamiento
Ruffin WK et al. (1989) ⁶	Femenino	38	4	Esófago distal	Dolor epigástrico, náuseas y vómitos	Resección
Harvell JD et al. (1996) ⁷	Femenino	57	2,2	Borde superior del páncreas	Dolor epigástrico	Resección laparoscópica
Karahasanoglu et al. (1997) ⁸	Masculino	51	11	Subdiafragmático	Disfagia, pérdida de peso y dolor epigástrico	Esofagogastrectomía
Janssen et al. (1998) ⁹	Femenino	56	8	Superior al riñón izquierdo	Incidental	Resección abierta
Rathaus et al. (2000) ¹⁰	Femenino	5	1	Esófago distal, entre el hígado y cardias	Dolor epigástrico	Resección abierta
Nelms et al. (2002) ¹¹	Masculino	44	7	Crura diafragmática	Dolor de espalda	Resección laparoscópica
Vijayaragh et al. (2002) ¹²	Femenino	70	7,5	Línea media, entre el estómago y el hígado	Incidental	Resección abierta
Noguchi et al. (2003) ¹³	Femenino	26	4	Pared anterior del esófago distal	Incidental	Resección laparoscópica y funduplicatura
Kin et al. (2003) ¹⁴	Femenino	51	4,5	Crura diafragmática	Incidental	Resección laparoscópica
Kim YW et al. (2005) ¹	Femenino	52	4	Proximal a la unión esofagogástrica	Incidental	Resección abierta (enucleación)
Sakurai et al. (2006) ¹⁵	Masculino	62	15	Desde la bifurcación traqueal hasta la porción proximal gástrica	Disfagia y dolor abdominal en hemiabdomen superior	Resección mediante toracotomía y laparotomía
Martin et al. (2007) ¹⁶	Femenino	50	6,5	Inferior a la cola pancreática	Dolor en flanco izquierdo	Resección abierta

Tabla 1. Casos más importantes de quistes de duplicación esofágica exclusivamente intraabdominales publicados en la literatura científica (continuación)

Autores (año)	Sexo	Edad (años)	Tamaño (cm)	Localización	Clínica	Tratamiento
Martin et al. (2007) ¹⁶	Masculino	60	10	Retroduodenal y retropancreático	Dolor epigástrico y obstrucción de la salida gástrica	Resección abierta
Aldrink et al. (2011) ¹⁷	Masculino	2	3	Unión esofagogástrica	Incidental	Resección laparoscópica y funduplicatura
Gümüş et al. (2011) ¹⁸	Femenino	18	4,2	Tramo final esofágico, adyacente al hígado	Dispepsia	Resección abierta
Bhamidipati et al. (2013) ¹⁹	Masculino	69	4,4	Unión esofagogástrica	Incidental	Resección laparoscópica
Pujar et al. (2013) ⁴	Femenino	13	5	Unión esofagogástrica, adyacente a lóbulo hepático izquierdo	Dolor epigástrico	Resección laparoscópica
Mori et al. (2013) ²⁰	Masculino	9	2	Superficie ventral del esófago abdominal	Incidental	Resección laparoscópica
Castelijns et al.(2014) ²	Masculino	20	3,2	Unión esofagogástrica	Náuseas, dolor cólico	Resección laparoscópica
Watanobe I et al. (2015) ³	Masculino	50	3,5	Desde esófago intraabdominal hasta esófago torácico distal	Dolor epigástrico, disfagia	Resección laparoscópica
Huang L et al. (2015) ⁵	Femenino	20	13,8	Curvatura mayor gástrica	Masa abdominal	Resección laparoscópica
Nuestro caso (2023)	Masculino	29	3,2	Unión esofagogástrica (curvatura menor)	Dolor epigástrico	Resección laparoscópica y funduplicatura

Para el diagnóstico de los QDE, la principal prueba diagnóstica es la ecoendoscopia, ya que puede definir la relación intramural o extramural con el tracto gastrointestinal y distinguir entre lesiones quísticas y sólidas⁵.

El tratamiento de elección es la cirugía, sobre todo en los casos sintomáticos. Sin embargo, también se ha recomendado la cirugía en casos asintomáticos para realizar un mejor diagnóstico histopatológico y, porque la mayoría de pacientes tendrán disfagia o complicaciones asociadas como el sangrado⁵, la perforación o la sobreinfección². Además, aunque son escasos los casos descritos en la literatura científica, el QDE puede malignizarse^{21,22}.

BIBLIOGRAFÍA

- Kim YW, Sohn TI, Shim HS, Kim CB. Intra-abdominal esophageal duplication cyst in an adult. *Yonsei Med J.* 2005;46:859-61. DOI: 10.3349/ymj.2005.46.6.859.
- Castelijns PS, Woensdregt K, Hoevenaars B, Nieuwenhuijzen GA. Intra-abdominal esophageal duplication cyst: A case report and review of the literature. *World J Gastrointest Surg.* 2014;6:112-6. DOI: 10.4240/wjgs.v6.i6.112.
- Watanobe I, Ito Y, Akimoto E, Sekine Y, Haruyama Y, Amemiya K, et al. Laparoscopic resection of an intra-abdominal esophageal duplication cyst: a case report and literature review. *Case Rep Surg.* 2015;2015:940768. DOI: 10.1155/2015/940768.
- Pujar VC, Kurbet S, Kaltari DK. Laparoscopic excision of intra-abdominal oesophageal duplication cyst in a child. *J Minim Access Surg.* 2013;9:34-6. DOI: 10.4103/0972-9941.107137.

5. Huang L, Gao S, Dai R, Chen D, Shi H, Song Q, et al. Laparoscopic resection of intra-abdominal esophageal duplication cyst near spleen: a case report. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015;8:2186-90.
6. Ruffin WK, Hansen DE. An esophageal duplication cyst presenting as an abdominal mass. *Am J Gastroenterol.* 1989;84:571-3.
7. Harvell JD, Macho JR, Klein HZ. Isolated intra-abdominal esophageal cyst. Case report and review of the literature. *Am J Surg Pathol.* 1996;20:476-9. DOI: 10.1097/00000478-199604000-00011.
8. Karahasanoglu T, Ozbal A, Alcicek S, Goksel S, Altun M. Giant intra-abdominal esophageal duplication cyst. *Endoscopy.* 1997;29:S54-5. DOI: 10.1055/s-2007-1004332.
9. Janssen H, Fiedler PN. Isolated intraabdominal esophageal cyst. *AJR Am J Roentgenol.* 1998;170:389-90. DOI: 10.2214/ajr.170.2.9456951.
10. Rathaus V, Feinberg MS. Subdiaphragmatic esophageal duplication cyst in a child. *J Clin Ultrasound.* 2000;28:264. DOI: 10.1002/(sici)1097-0096(200006)28:53.0.co;2-o.
11. Nelms CD, White R, Matthews BD, Ballinger WE Jr, Sing RF, Heniford BT. Thoracoabdominal esophageal duplication cyst. *J Am Coll Surg.* 2002;194:674-5. DOI: 10.1016/s1072-7515(02)01164-x.
12. Vijayaraghavan R, Belagavi CS. True giant intra-abdominal esophageal cyst. *Indian J Gastroenterol.* 2002;21:198-9.
13. Noguchi T, Hashimoto T, Takeno S, Wada S, Tohara K, Uchida Y. Laparoscopic resection of esophageal duplication cyst in an adult. *Dis Esophagus.* 2003;16:148-50. DOI: 10.1046/j.1442-2050.2003.00314.x.
14. Kin K, Iwase K, Higaki J, Yoon HE, Mikata S, Miyazaki M, et al. Laparoscopic resection of intra-abdominal esophageal duplication cyst. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2003;13:208-11. DOI: 10.1097/00129689-200306000-00013.
15. Sakurai Y, Tonomura S, Inaba K, Shoji M, Nakamura Y, Uyama I et al. Esophageal duplication cyst continuously extending into the peritoneal cavity on the proximal portion of the stomach. *Esophagus.* 2006;3:113-9. DOI: 10.1007/s10388-006-0082-8.
16. Martin ND, Kim JC, Verma SK, Rubin R, Mitchell DG, Bergin D, et al. Intra-abdominal esophageal duplication cysts: a review. *J Gastrointest Surg.* 2007;11:773-7. DOI: 10.1007/s11605-007-0108-0.
17. Aldrink JH, Kenney BD. Laparoscopic excision of an esophageal duplication cyst. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2011;21:e280-3. DOI: 10.1097/SLE.0b013e31822f1e67.
18. Gümüş M, Önder A, Firat U, Kapan M, Önder H, Girgin S. Hydatid cyst-like intra-abdominal esophageal duplication cyst in an endemic region. *Turk J Gastroenterol.* 2011;22:557-8.
19. Bhamidipati C, Smeds M, Dexter E, Kowalski M, Bazaz S. Laparoscopic excision of gastric mass yields intra-abdominal esophageal duplication cyst. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2013;61:502-4. DOI: 10.1055/s-0032-1322617.
20. Mori H, Ishibashi H, H. Sato, Kuyama H, Asanoma M, Shimada M. Complete laparoscopic surgery for a 9-year-old patient with abdominal esophageal duplication cyst: report of a case. *Shikoku Acta Medica.* 2013;69:251-6. DOI: 10.1111/ases.12729.
21. Tapia RH, White VA. Squamous cell carcinoma arising in a duplication cyst of the esophagus. *Am J Gastroenterol.* 1985;80:325-9.
22. Lee MY, Jensen E, Kwak S, Larson RA. Metastatic adenocarcinoma arising in a congenital foregut cyst of the esophagus: a case report with review of the literature. *Am J Clin Oncol.* 1998;21:64-6. DOI: 10.1097/00000421-199802000-00014.