

CASO RADIOLOGICO

Diagnóstico: Quiste de duplicación esofágica

O. FERNÁNDEZ GUINEA*, J. L. DOLZ JORDI*, V. LÓPEZ DÍAZ*,
J. B. GARCÍA HERNÁNDEZ** y M. ORENSE COLLADO***

Se trata de una niña de 12 años de edad con antecedentes familiares y personales sin interés que refiere una historia de tres meses de evolución de molestias gástricas, atribuidas por un médico de cabecera a una posible úlcera gastroduodenal.



FIG. 1. Esofagograma: masa submucosa redondeada en región anterior e inferior del esófago.

Se realiza un estudio gastroduodenal, en el que aparece una masa submucosa de unos tres cm. de diámetro a nivel del tercio distal del esófago y en su parte anterior (Fig. 1).

En la ecografía, esta masa es de características quísticas, siendo hipo o anecogénica y en íntimo contacto con el esófago (Fig. 2).

Los exámenes de medicina nuclear fueron normales y la tomografía axial computerizada no resultó concluyente en el diagnóstico de la masa.

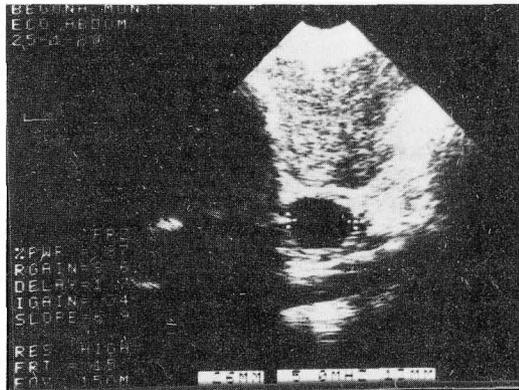


FIG. 2. Imagen anecogénica de características quísticas en región suprabiatal.

* Médico residente de Radiología.

** Médico adjunto de Radiología Pediátrica.

*** Jefe de Sección de Radiología Pediátrica.

Servicio de Radiología. Hospital Nuestra Señora de Covadonga. Oviedo.

COMENTARIO

Los quistes de duplicación esofágica representan el 10 al 15 % de las duplicaciones del aparato digestivo (2), siendo los segundos en frecuencia después de los de íleon (3). En un 60 % se localizan a nivel del esófago distal (2) apareciendo en los dos tercios de los casos a la derecha del esófago, y en un tercio a la izquierda, siguen el eje longitudinal del mismo y rara vez comunican con su luz (1).

Probablemente se originan como anomalías del desarrollo del intestino primitivo entre la 5.^a y 7.^a a 8.^a semana de vida (2, 5), el cual está íntimamente relacionado con el árbol traqueobronquial y cuerda espinal primitiva, por lo que se pueden asociar con anomalías vertebrales o meníngeas del tipo de la diastematomielia y hemivértebras, sobre todo los quistes de origen neuroentérico y menos frecuentemente los de origen bronquial (1, 5).

Estos quistes suelen estar revestidos de epitelio ciliado, similar al del intestino primitivo del cual derivan; otras veces el

revestimiento puede ser columnar o gastroentérico.

En ocasiones la diferenciación de los quistes de origen intestinal con los broncogénos que se desarrollan en el interior de la pared esofágica es difícil ya que éstos están revestidos de epitelio ciliado, pero poseen cartilago y glándulas (3).

La presentación clínica es variable y generalmente aparecen como masas medias-tínicas asintomáticas. Cuando los síntomas aparecen, éstos pueden ser: anorexia, pérdida de peso, disfagia, náuseas, vómitos, disnea, episodios de tos, neumonitis recurrentes y otras veces dolor epigástrico o subesternal (2, 4). Suelen diagnosticarse al final de la infancia y cuando dan clínica el primer año de vida, aparecen como un cuadro de *distress* respiratorio (1, 5).

En cuanto al diagnóstico diferencial, hay que realizarlo con masas del mediastino posterior (1), como pueden ser los neuroblastomas, meningoceles anteriores, hemangiomas, secuestros pulmonares, quistes pericárdicos y aneurismas de la aorta descendente.

BIBLIOGRAFIA

1. FRANKEN, E. A. Jr.: *Radiología Gastrointestinal en Pediatría*. Salvat 1979; 33-35.
2. KUHLMAN, J. E.; FISHMAN, E. K.; WANG, K.; SIEGELMAN, S. S.: *Esophageal Duplication Cyst: CT and Transesophageal Needle Aspiration*. *AJR* 1985; 145: 530-531.
3. MOLINA BOIX, M.; ORTEGA GONZÁLEZ, G.; ABEL CORTÉS, J. L.; ARRIBAS ROS, J.: *Quiste esofágico epitelial ciliado*. *Medicina Clínica* (Barcelona) 1983; Jul. 16, 81 (5): 233.
4. HOCKING, M. and YOUNG, D. G.: *Duplications of the Alimentary Tract*. *Br. J. Surg.* 1981; Vol. 68: 92-96.
5. TEELE, R. L.; HENSCHKE, C. I.; TAPPER, D.: *The Radiographic and Ultrasonographic Evaluation of Enteric Duplication Cysts*. *Pediatric Radiology* 1980; 10: 9-14.

Petición de Separatas:

Dr. JOSÉ LUIS GÓMEZ
 Servicio de Radiología
 Hospital N.^a Sra. de Covadonga
 OVIEDO