

Una infrecuente malformación entero-genital en el adulto

Duplicación intestinal

Dres. Ramón Rodríguez De Armas, Graciela Graglia y Gloria Remedio

Presentamos la historia de una mujer de 42 años que sin antecedentes patológicos a destacar, debuta con un cuadro agudo de abdomen que operado da lugar a hallazgos inesperados, en clara discordancia con el planteamiento diagnóstico.

Duplicación intestinal cerrada e incompleta de colon; tabique peritonizado anómalo en flanco derecho, que separa el anexo del resto del aparato genital. Destacamos la buena solución quirúrgica, la ausencia de elementos de malignidad con lo cual establecemos un buen pronóstico.

La rareza de esta patología en el adulto fue el motivo que nos impulsó a su presentación.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Intestines Abnormalitis.

INTRODUCCION

Los hallazgos inesperados en el campo operatorio, durante el ejercicio de la práctica ginecocológica, no son infrecuentes. La mayor parte de las veces, ellos se deben a un error en el diagnóstico clínico, apresuramientos, falta de experiencia, estudios incompletos de las pacientes, dificultad para la realización del examen físico, semiología similar para distintas patologías, silencio sintomático, etc.

Es por ello que el ginecocológico debe poseer vastos conocimientos de Cirugía General, con el fin de resolver situaciones como la que hoy nos ocupa. Las malformaciones anatómicas no siempre son diagnosticadas previas al acto quirúrgico (6), más si el mismo reviste el carácter de urgente, lo cual indica de elección la Laparotomía Exploradora, para resolver la situación, aún sin poseer el diagnóstico certero previo.

Las Malformaciones Genitales, están asociadas frecuentemente a las urológicas por su origen embriológico común. También pueden estar asociadas (11) a malformaciones entéricas, teniendo con estas últimas un nexo común, que es el período embrionario, que se extiende de la cuarta a la séptima semana (11, 12). Es im-

Presentado como Tema libre al 29º Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, diciembre 1978.

Clínica Ginecocológica "B". Hosp. Clínicas, Piso 16. Montevideo.

Dirección: Av. Italia 5902, Montevideo (Dr. De Armas).

Clínica Ginecocológica "B" (Prof. M. Olazábal) y Departamento de Anatomía Patológica (Prof. J. A. Mautone). Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo.

portante señalar, en este caso que se relata, la presencia de una duplicación intestinal cerrada, con un anexo abdominal ectópico.

RESEÑA EMBRIOLOGICA

El intestino primitivo se forma durante la cuarta semana, por incorporación del techo del saco vitelino, en el embrión.

El intestino medio, origina el ciego, apéndice, colon ascendente y parte derecha del colon transverso.

En esta cuarta semana, puede producirse una falla en la reapertura normal de la luz dando por resultado la formación de dos luces (duplicación) (8, 9).

La más frecuente de las duplicaciones intestinales es la quística o cerrada (3) y se encuentra en el lado mesentérico. Recibe irrigación de las mismas arterias que nutren el intestino. Las duplicaciones del tubo digestivo se extienden de la faringe al ano, siendo más frecuente (9) a nivel del ileon; las de estómago y colon son excepcionales (1, 2).

OBSERVACION CLINICA

C. V. Nº R. H. C. 432.605. A. P. 783.421. Raza blanca. Paciente de 42 años que en aparente buen estado de salud comienza hace quince días con dolor difuso abdominal, a predominio de hemiventre inferior sin otros trastornos asociados. Tres días antes del ingreso dolor tipo puntada en flanco derecho, intenso, que aumenta con los movimientos, notando concomitantemente tumoración en dicha zona, que desciende hacia la pelvis y distensión abdominal difusa. No presenta trastornos digestivos altos, bajos, ni urinarios; sin elementos de repercusión general ni síndrome toxiinfeccioso, tampoco trastornos ginecológicos.

A. Gles: s/p. A. G. O.: multigesta, múltipara.

Examen: estado general conservado. Abdomen: asimétrico con ombligo desplegado. Tumoración de situación para umbilical y ocupa la fosa iliaca derecha en forma de ese itálica; de superficie irregular; de consistencia quística; dolorosa; inmóvil; sin zonas timpá-



FIG. 1.—Esquema de los hallazgos en la exploración operatoria. Descripción en el texto.

nicas a su alrededor, a pedículo pélvico. Fondos de saco laterales: libres e indoloros.

Ex. genital. Genitales externos: de múltipara. Vagina acortada. Cuello uterino anterior y descendido, fino, cilíndrico de 3 cm. de longitud. O. E. cerrado, consistencia normal. Cuerpo uterino: no es posible palpar. Fondo de saco anterior: imposible de palpar por alteraciones topográficas resultantes de la tumoración. Fondos de saco laterales: ocupados y dolorosos. Fondo de saco posterior: tenso, ocupado y abombado casi hasta el introito vaginal. Por la palpación combinada la tumoración descrita en el abdomen se continúa con la del Douglas; sensación de onda líquida que se trasmite. Tacto recto vaginal: corrobora lo antedicho.

Diagnóstico clínico presuntivo. — Tumor quístico de ovario en sufrimiento. En cuanto a la evolución, la paciente es internada en el Servicio de Ginecología para su estudio y tratamiento. Se le efectúa radiografía simple de abdomen y estudios paraclínicos de rutina que no mostraron elementos de mayor significación patológica.

Durante cuatro días el cuadro no se modifica y persiste el dolor, por lo que se resuelve la laparotomía. Anestesia general. Incisión mediana infraumbilical ampliada comprobándose (fig. 1) gruesa tumoración con aspecto de intestino volvulado, contenido líquido a tensión independiente del resto del intestino (12) y con meso cuyo pedículo proviene de la zona subvesicular (Logia de Morrison punto donde nace además un pliegue (alerón), que atravesando el flanco derecho en forma diagonal termina en la pared abdominal a la altura de la F.I.D. Ciego elevado y apéndice retrocecal cuyo polo distal está próximo al punto de referencia mencionado. Ap. genital, útero y anexo izquierdo s/p. En el cuerno derecho nódulo de unos 10 mm. de diámetro firme. Anexo derecho: en flanco derecho por encima del tabique perineal de referencia. Pequeño quiste en el ovario. Resto de la exploración abdominal pélvica s/p.

Diagnóstico operatorio. Malformación entero - genital. Conducta operatoria. Se realiza extirpación de la tumoración intestinal por ligadura del pedículo en su base; anexectomía derecha. Apendicectomía. Luego de ser extirpado y retirado el campo, la tumoración estalló espontáneamente saliendo abundante sustancia mucóide de su interior cuyo estudio microbiológico fue negativo. Buena evolución postoperatoria.

ANATOMIA PATOLOGICA

1) Tumoración intestinal.

1a) *Macroscopía.* Tumoración intestinal de 60 cm. de longitud, ciega, replegada por su meso; superficie externa lisa, con vascularización parietal visible. Consistencia renitente. A la sección fluye contenido mucoso de aspecto gelatinoso. Expuesta la pared interna, se comprueba que la misma es lisa, con vasos traslúcidos en el espesor de la misma de 2 mm.

1b) *Microscópicamente.* Se observa un revestimiento por epitelio cilíndrico, mucoso, simple. Infiltrado linfocitario difuso subepitelial. La submucosa y la capa muscular se encuentran disminuidas de espesor y la serosa conservada, con focos de hemorragia subserosa. En los fragmentos de mesenterio y pedículos se observan vasos venosos, arteriales y fibras nerviosas, sin malformaciones.

2) Anexo.

2a) *Macroscopía.* Trompa delgada, elongada, permeable. Ovario de 20 mm. de diámetro con tumoración quística ovoidea de 50 mm. de diámetro mayor. Superficie externa lisa. Se secciona y fluye contenido líquido seroso y se expone la pared que es de 1 mm. de espesor con revestimiento interno liso.

2b) *Microscópicamente.* A nivel de la trompa se constata pared sin alteraciones y fimbrias delgadas con discreta congestión vascular. A nivel del ovario se comprueba un cuerpo lúteo en evolución y el revestimiento de la pared quística es cilíndrico seroso simple.

3) Apéndice.

3a) De 52 mm. de longitud, de morfología externa e interna conservada.

3b) Se observa mucosa con glándulas sin alteraciones y folículos linfocitos conservados al igual que su túnica submucosa y muscular. A nivel de la serosa discreta congestión vascular.

DISCUSION

Se trata de una malformación entero - genital que desencadena un cuadro abdominal quirúrgico de urgencia, de real importancia, dada la edad de aparición, la rapidez de evolución, la falta de repercusión general en una paciente múltipara sin antecedentes patológicos generales, digestivos ni genitales previos. Las características anatómicas; anatómo - patológicas, topográficas de la tumoración intestinal así como su evolución (rápida y dolorosa), edad de aparición y elementos semiológicos, dieron base al error en el diagnóstico clínico (12). En cuanto a la anomalía genital también se diag-

notificó en el acto operatorio, dado que no hay en la historia de esta paciente antecedentes que la hicieran sospechar o determinar su estudio (esterilidad). Consideramos adecuada la conducta terapéutica adoptada y la oportunidad, aunque de no haber existido tanto sufrimiento debió haber sido mejor estudiada.

El pronóstico tanto desde el punto de vista digestivo como genital es bueno. Dada la falta de comunicación (cerrada) de la tumoración intestinal con el resto del aparato en una paciente múltipara en la cual sólo se extirpa un anexo, que estaba independiente del útero. En cuanto a la incidencia de esta patología coincidimos con los diferentes autores (1, 4, 5, 12), en su baja frecuencia. Este hecho es objetable por la revisión de los Archivos de Anatomía Patológica de un Hospital de Adultos (Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela") en un periodo de 5 años que comprende aproximadamente 20.000 informes en los que no se constata ningún otro caso.

El aspecto macroscópico de la tumoración, así como su contenido (6, 10) coincide con los descritos en la literatura para las duplicaciones cerradas (1). Desde el punto de vista microscópico (7) se coincide en la presencia de un revestimiento cilíndrico mucoso con infiltrado inflamatorio subyacente. Destacamos además la morfología conservada del anexo alejado del útero, tanto en su aspecto macro como microscópico, así como en el quiste seroso que lo acompaña. Quedando asimismo algunas interrogantes en cuanto a la interpretación embriológica del tabique peritoneal, así como la ubicación heterotópica del anexo derecho, que pudo haberse originado en una época muy temprana del desarrollo por la integridad de todos sus elementos. Si se hubiera seccionado en forma accidental, podría haber atrofiado por insuficiente vascularización.

RESUME

Une infréquente malformation intestinale et génitale dans l'adulte. Duplication intestinale

On présente l'histoire d'une femme de 42 ans qui sans antécédents pathologiques à souligner, elle fait son début avec un tableau aigu d'abdomen. Elle est opérée et on fait des découvertes inattendues, qui n'ont pas de relation avec le diagnostic.

Duplication intestinale fermée et incomplète de colon, cloison peritonisée anormale dans le flanc droit, qui sépare l'annexe du reste de l'appareil génitale.

On conseille la solution chirurgicale, et on souligne l'absence d'éléments de malignité, d'où l'on fait un bon pronostic. Cette pathologie est très rare dans l'adulte.

SUMMARY

Infrequent Enterogential Malformation in the Adults. Intestinal Duplication

A 42-year-old woman, with no pathologic antecedents worth mentioning, developed acute abdominal symptoms and was operated. Findings were unexpected, in total discrepancy with established diagnosis.

Closed and incomplete intestinal duplication of colon; anomalous peritonized wall on right side, separating annexe from the rest of genital apparatus. Surgical solution proved good and there was no malignancy; prognosis was consequently favourable.

We have reported this condition by reason of its being extremely rare in adults.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ACKERMAN LV and ROSAI J. Surgical Pathology. St. Louis. Mosby, 1974, p. 408.
2. ALLARD Ch A, ROSS DE y HOPKIRK JF. *An Cir*, 8: 1270, 1949.
3. BEADMORE HE. Posterior Mediastinal Cysts Arising from the Archenteron and Associated with Urethral Anomalies and Intestinal Duplications Unpublished paper presented before Surgical Section of the American Academy of Pediatrics. New York, October 7, 1956.
4. BRENNER JL. Diverticula and Duplications of the Intestinal Tract. *Arch Path*, 38: 132, 1944.
5. BRENNER JL. Congenital Anomalies of the viscera. Cambridge. Harvard Univ. Press, 1957.
6. CRISTOPHER. Pat. Quirúrgica. México. Interamericana, 7ª ed. V. I, p. 557.
7. DI FIORE M. Diagnóstico Histológico. Bs. As. El Ateneo, 1963.
8. GRAY AW. Triplificación de the large intestine. *Arch Path*, 30: 1215, 1940.
9. MAINGOT R. Operaciones Abdominales. Bs. As. Panamericana, 1966, p. 1188.
10. MOORE KL. Embriología Clínica. México. Interamericana, 1975, p. 191.
11. RAVITCH MM. Duplicación del Intestino Caudal, Duplicación del Colon y del Aparato Genitourinario. *An Cir*, 12: 708, 1953.
12. TURRELL R. Enfermedades del ano - recto colon. Bs. As. Beta, 1962.