

## Quiste enterogénico y agenesia renal en la edad adulta

### Enterogenic cyst and renal agenesis in adulthood

Caridad Chao Pereira<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7876-5044>

Brandon Arrieta Lafont<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4614-0423>

Julio Martínez Figueroa<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5257-6894>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. [caridad.chao@infomed.sld.cu](mailto:caridad.chao@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

**Introducción:** Los quistes enterogénicos son malformaciones producidas durante el período de diferenciación y desarrollo embriológico del intestino primitivo.

**Objetivo:** Presentar una malformación digestiva infrecuente en la edad adulta.

**Caso clínico:** Paciente de 58 años que acude por dolor abdominal y aumento de volumen en hipogastrio. Al examen físico se palpa masa en hipogastrio de 15 cm de diámetro. La tomografía axial computarizada simple y contrastada mostró una masa tumoral en la excavación pélvica hipodensa con densidad de 18 UH, pared gruesa, de 2 cm, que realza con el contraste y agenesia renal derecha. El estudio anatómo-patológico informa quiste enterogénico.

**Discusión:** La clínica de las duplicaciones intestinales es inespecífica, el dolor abdominal recurrente y la presencia de masa abdominal, son frecuentes. El diagnóstico preoperatorio de las duplicaciones intestinales es infrecuente, depende de la disponibilidad de estudios de imagen y la sospecha clínica. Es infrecuente la asociación de quiste enterogénico y agenesia renal.

**Conclusión:** Se presenta una paciente masculino con una masa pélvica de etiología dudosa y agenesia renal derecha, en el que se diagnosticó un quiste enterogénico. La asociación de quiste enterogénico y agenesia renal es una malformación rara en el adulto.

**Palabras clave:** duplicación intestinal; quistes enterogénicos; masa pélvica; agenesia renal.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Enterogenic cysts are malformations produced during the period of differentiation and embryological development of the primitive intestine.

**Objective:** To report an rare digestive malformation in adulthood.

**Clinical case report:** A 58-year-old patient came for abdominal pain and increased volume in the hypogastrium. On physical examination, a 15-cm diameter mass was palpated in the hypogastrium. Simple and contrast computerized axial tomography showed a tumor mass in the hypodense pelvic

excavation with a density of 18 HU, a thick wall of 2 cm, which was enhanced with contrast and right renal agenesis. The anatomic-pathological study reports an enterogenic cyst.

**Discussion:** The symptoms of intestinal duplications are nonspecific, recurrent abdominal pain and the presence of an abdominal mass are frequent. The preoperative diagnosis of intestinal duplications is occasional, it depends on the availability of imaging studies and clinical suspicion. The association of enterogenic cyst and renal agenesis is uncommon.

**Conclusion:** A male patient is reported, with a pelvic mass of doubtful etiology and right renal agenesis, in whom an enterogenic cyst was diagnosed. The association of enterogenic cyst and renal agenesis is a rare malformation in adults.

**Keywords:** intestinal duplication; enterogenic cysts; pelvic mass; renal agenesis.

Recibido: 26/02/2021

Aprobado: 02/03/2021

## Introducción

Los quistes entéricos son anomalías congénitas raras que se diagnostican rara vez en adultos.<sup>(1)</sup> Son malformaciones producidas durante el período de diferenciación y desarrollo embriológico del intestino primitivo, se han descrito a lo largo de todo el tracto digestivo, desde la base de la lengua hasta el recto.<sup>(2,3)</sup> Presentan pared muscular, tienen la apariencia externa del intestino y pueden estar cubiertos por epitelio del tracto digestivo. La localización más frecuente es el íleon (más del 40 % de los casos), y con menor frecuencia se encuentran en esófago, colon, yeyuno, estómago, duodeno y recto. Se presentan como duplicaciones únicas, pero pueden ser múltiples hasta en el 15 % de los casos.<sup>(5,6,7)</sup> En los reportes de casos revisados no se encontró asociación con agenesia renal.

## Caso clínico

Paciente de 58 años que acude al servicio de medicina interna por sintomatología de 6 meses caracterizado por dolor abdominal, aumento de volumen en hipogastrio, pérdida de peso de 7 kilos y síntomas urinarios obstructivos bajos. Niega fiebre, hiporexia, diaforesis, escalofrío y síntomas gastrointestinales. Al examen físico se palpa masa en hipogastrio de 15 cm de diámetro, bordes bien definidos, lisos, doloroso a la palpación, no se encontraron adenopatías ni hepatoesplenomegalia, la maniobra de tarral fue negativa, se pasó sonda vesical y se descartó globo vesical.

Las pruebas analíticas son normales. Se realiza ecografía abdominal y se evidenció agenesia de riñón derecho, presencia de una masa en hipogastrio con contenido líquido en su interior, hígado, páncreas y riñón izquierdo normal, no lesiones en otros órganos abdominales, la vejiga está desplazada por masa en hipogastrio, no líquido libre, no adenopatías. En la tomografía axial computarizada simple y endovenosa se observó una gran masa tumoral en la excavación pélvica, hipodensa con densidad de 18 UH y con una pared gruesa, de 1 a 2 cm, que realza con el contraste. La masa se origina próxima a la cara inferior de la próstata y crece hacia el mesogastrio, la cual mide en su eje anteroposterior 13 cm, eje transverso 15 cm y eje longitudinal 20 cm.

Hacia el extremo inferior y anterior de la masa hay una estructura tubular hipodensa, que impresiona comunicar con la vejiga, la cual esta desplazada hacia la izq. Hay agenesia renal derecho (Figura 1 y 2). Con la sospecha de lesión tumoral se traslada al servicio de urología para tratamiento quirúrgico. Se realiza exeresis del tumor (Fig. 3), se envía la pieza quirúrgica a anatomía patológica y el resultado del estudio anatómo-patológico informa: se recibió formación quística de 19 x 14 x 5 cm, con pared muscular liso, hipertrófico y revestimiento epitelial cubico hasta columnar ciliado, el aspecto corresponde a quiste del desarrollo enterogénico (quiste de duplicación intestinal) (Fig. 4). Evoluciona favorablemente, sin complicaciones.



Fig. 1 - Tomografía muestra imagen en hipogastrio.



Fig. 2 - Tomografía muestra imagen en hipogastrio.

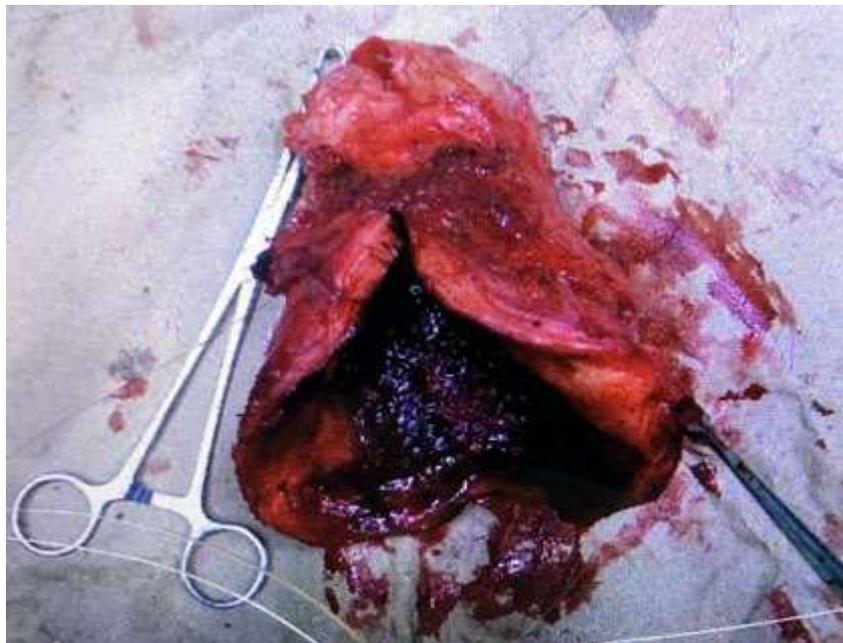


Fig. 3 - Pieza quirúrgica de la masa en hipogastrio.

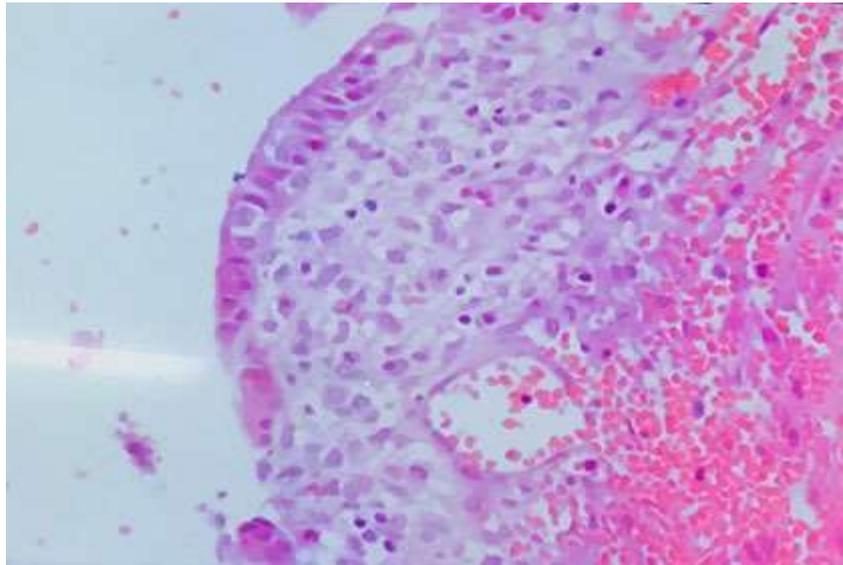


Fig. 4 - Lámina anatomopatológica.

## Discusión

En 1884, Reginald Fitz introdujo el término “duplicación intestinal” para describir y explicar las anomalías quísticas congénitas del tracto gastrointestinal. En 1937, Ladd recomendó el uso del término “duplicaciones del tracto alimentario”. Posteriormente, Gross y Holcomb en 1952, con la intención de simplificar la nomenclatura retrocedieron hasta los trabajos de Fitz, y propusieron que el término “duplicación intestinal” fuera utilizado para todas estas anomalías, independientemente, de su sitio de origen, morfología o derivación embriológica.<sup>(6)</sup> Esta nomenclatura es la que, actualmente, continúa en uso.<sup>(1,2)</sup>

El origen de las duplicaciones intestinales puede ser multifactorial, las investigaciones genéticas y moleculares nos brindará una explicación aceptable. Se describen varias teorías que tratan de explicar esta malformación, como la teoría del gemelo abortivo para explicar la localización en colon y estructuras genitales y urinarias y la teoría de la recanalización luminal aberrante que explica las duplicaciones de aquellas áreas del tracto digestivo que pasan por una fase sólida como el esófago, intestino delgado y colon.<sup>(3,8)</sup>

La clínica de las duplicaciones intestinales es inespecífica, el dolor abdominal recurrente y la presencia de masa abdominal, son frecuentes.<sup>(2)</sup> El hallazgo de una masa pelviana supone un ejercicio diagnóstico meticuloso que abarca un amplio abanico de posibilidades, según la naturaleza sólida o quística de dicha masa. El diagnóstico preoperatorio de las duplicaciones intestinales es relativamente infrecuente, depende de la disponibilidad de estudios de imagen y la sospecha clínica.<sup>(2,7)</sup> La tomografía axial computarizada determina la existencia de la lesión y sus correlaciones anatómicas. La resonancia magnética nuclear permite determinar la exacta relación anatómica y dependencia de la masa, así como demostrar la naturaleza quística en las lesiones. **Se debe** buscar anomalías vasculares, óseas o de otra naturaleza.<sup>(8)</sup>

El diagnóstico diferencial en la presentación como masas pelvianas de etiología dudosa, como el caso que se presenta, debe hacerse con la hidatidosis retrovesical, sarcoma prostático, lipoma retrovesical, quistes y tumores de uraco, quistes de utrículo o divertículo vesical posterior. La enfermedad quística de las vesículas seminales es una patología poco frecuente que se asocia con agenesia renal, por lo que en los pacientes masculinos monorrenos desde el nacimiento es un diagnóstico a excluir.<sup>(7,8,9,10)</sup>

El tratamiento de elección es la exéresis radical de la lesión.<sup>(1,2,3,4,5,6)</sup> Las duplicaciones intestinales que se diagnostican en la infancia deben ser siempre tratadas, quirúrgicamente, por el potencial de malignización que presentan en la edad adulta.<sup>(8,11,12,13)</sup>

En conclusión, se presentó el caso de un paciente masculino, con una masa pélvica de etiología dudosa y agenesia renal derecha, en el que se diagnosticó un quiste enterogénico. La asociación de quiste enterogénico y agenesia renal es una malformación rara en el adulto.

## Referencias bibliográficas

1. Seguel FR, Alvarez MBQ, Ollero JCF, Rollan VV. Duplicación intestinal independiente. *Cir Pediatr.* 2002[acceso: 12/03/2015];15:127-29. <https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2002;15.127-9.pdf>
2. Ladd WE. Duplications of the alimentary tract. *South Med J.* 1937;30:363.
3. Del Razo R, Gómez A, Salcedo M, Velásquez R. Quiste de duplicación esofágica. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Acta Pediatr Mex.* 2010[acceso: 12/03/2015];31(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640323005>
4. Cosío Pascal M, Cosío Lima L, Lezama Urtecho CA, Ríos Reyna JL. Quiste broncogénico. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Neumol Cir Torax.* 2014[acceso: 12/03/2015];73(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2014/nt141d.pdf>
5. Cantú Delgado O, Villegas Cabello O, Romero RJ. Vólvulo ileal provocado por quiste de duplicación intestinal. *Rev Avances.* 2002[acceso: 12/03/2015];8(24). Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/Avances/2011/vol8/no24/4.pdf>
6. Chandramouli P, Iyer CP, Mahour GH. Duplications of the alimentary tract in infants and children. *J Pediatr Surg.* 1995;30:1267-70.
7. Gross RE, Holcomb GW, Farber S. Duplications of the alimentary tract. *Pediatrics.* 1952;9:449-68.
8. Ildstad ST, Tollenid DJ, Weiss RG, Ryan DP, McGowan MA, Martin LW. Duplications of the alimentary tract: Clinical characteristics, preferred treatment, and associated malformations. *Ann Surg.* 1988;208:184-89.
9. Senarriaga Ruiz N, Loizaga Iriarte A, Iriarte Soldevilla I, Lacasa Viscasillas I, Unda Urzaiz M. Hidatidosis pelviana como ejemplo de masas pelvianas de etiología dudosa. *Actas Urol Esp.* 2009;33(10):1129-32.

10. Suárez Aliaga B, Rodríguez Jiménez I. Quiste de vesícula seminal con agenesia renal asociado a malformaciones vasculares. Presentación de un caso. Arch. Esp. Urol. 2007;60(9):1134-36.
11. Bannura C, Contreras P. Quiste mesotelial simple gigante abdomino-pélvico. Rev Chilena de Cirugía. 2008;60(1):67-70.
12. Ladd WE. Duplications of the alimentary tract. South Med J. 1937;30:363.
13. Lewis FT, Thyng FW. The regular occurrence of intestinal diverticula in embryos of the pig, rabbit, and man. Am J Anat. 1908;7:505-19.

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### **Contribuciones de los autores**

*Caridad Chao Pereira:* Redacción del artículo, revisión de la literatura y revisión final del documento para su publicación.

*Brandon Arrieta Lafont y Julio Martínez Figueroa:* Revisión de la literatura y revisión final del documento para su publicación.