

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Quistes neuroentéricos, una causa infrecuente de hemorragia intestinal



Neurenteric cysts; an uncommon cause of intestinal bleeding

A. Mosquera Gorostidi^{a,*}, N. González Temprano^b, C. de Miguel Medina^c
y F. Sánchez Valverde^d

^a Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^b Servicio de Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^d Unidad de Gastroenterología Pediátrica, Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

Disponible en Internet el 22 de abril de 2015

Lactante de 3 meses con quiste neuroentérico mediastínico detectado prenatalmente, y confirmado en RM posnatal (fig. 1). Consulta por fiebre y vómitos en posos de café. Presenta anemia normocítica, reactantes de fase aguda elevados e hipoxemia progresiva. Se solicita TC torácico, mostrando quistes conocidos con signos de sangrado y abscesificación del tejido pulmonar. Se realiza resección quirúrgica completa evidenciándose, en la histología, quistes con pared intestinal completa, con mucosa gástrica y lesiones ulcerosas. En el postoperatorio presenta nueva anemización, objetivando nueva tumoración en fosa ilíaca derecha mediante ecografía, captante en la gammagrafía. Se realiza laparotomía, evidenciando lesión quística en mesoileon y comunicación filiforme al espacio raquídeo, que se resecan (fig. 2). La anatomía patológica confirma otro quiste similar al previo con mucosa gástrica y pancreática (fig. 3). Dadas las características asociadas, las lesiones se etiquetan definitivamente como quistes neuroentéricos (QN).

Los QN son anomalías congénitas infrecuentes derivadas del intestino anterior primitivo. La nomenclatura histológica es variada y confusa: quistes entéricos, de duplicación intestinal (QD) o neuroentéricos¹. La histología en todos ellos es



Figura 1 RM posnatal: extensa lesión quística bilobulada del mediastino posterior con trayecto fistuloso hasta el cuerpo vertebral de D3. Se objetiva pinzamiento D3-D4 y pequeña escotadura central en el platillo inferior de D3 y superior de D4, sin comunicación con el canal raquídeo ni alteraciones medulares, compatible con quiste neuroentérico.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arantxamosquera@hotmail.com
(A. Mosquera Gorostidi).

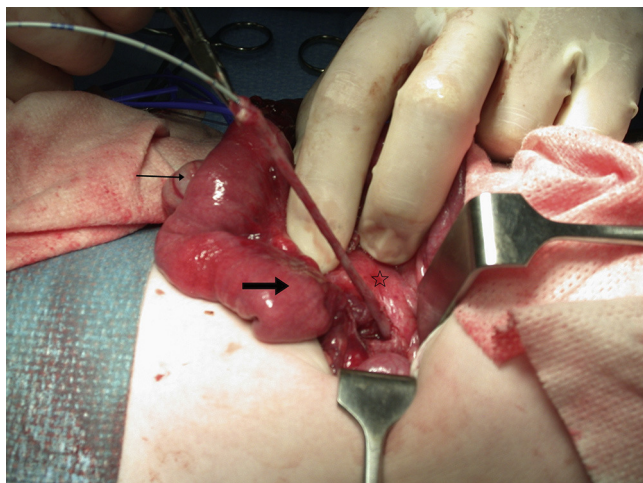


Figura 2 Imagen de intervención por laparotomía transversa infraumbilical derecha: quiste (flecha fina) incluido en mesoíleon con estrecha comunicación a la porción de íleon adyacente (flecha gruesa). Trayecto fistuloso que comunica con raquis (*).

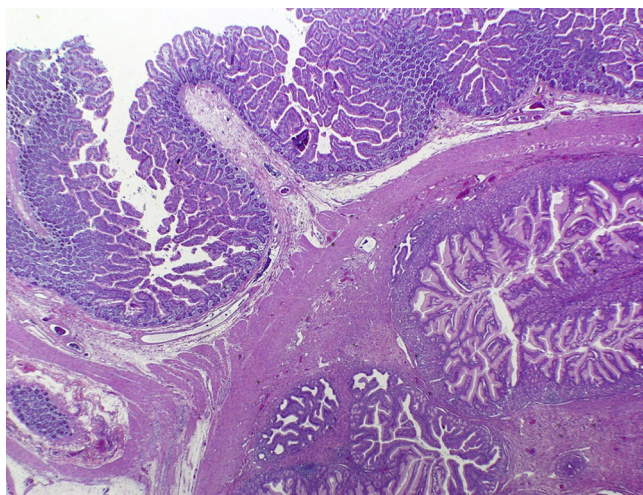


Figura 3 Imagen histológica del quiste incluido en el mesoíleon, se observa la pared del íleon (superior derecha) en continuidad con un tubo intestinal con pared muscular completa y revestido por mucosa gástrica (inferior-izquierda).

similar, denominándose QD si no hay comunicación con el canal vertebral/medular y QN si existe. Puede observarse tejido glial ectópico^{1,2}. Presentan un espectro de malformaciones amplio, con defectos vertebrales frecuentes^{2,3}.

Se manifiestan habitualmente en la infancia, dependiendo de la sintomatología de la localización y de las complicaciones asociadas², pudiendo ocasionar hemorragia digestiva por la presencia de tejido heterotópico^{1,2}. No existe algoritmo diagnóstico ni terapéutico de consenso, siendo la resección quirúrgica el tratamiento de elección dadas las potenciales complicaciones en su evolución¹⁻³.

Bibliografía

1. Odze RD, Goldblum JR. Surgical pathology of the GI tract, liver, biliary tract and pancreas. 2.^a ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2009. p. 155-8.
2. Colović R, Micev M, Jovanović M, Matic S, Grubor N, Atkinson HD. Abdominal neurenteric cyst. World J Gastroenterol. 2008;14:3759-62.
3. Setty H, Hegde KK, Narvekar VN. Neurenteric cyst of the posterior mediastinum. Australas Radiol. 2005;49:151-3.