(contacto.php?sec=contacto)

Doble piloro adquirido: una complicación poco usual de enfermedad ulceropeptica. A proposito de un caso

Autor(es): Erika Rodríguez-Wulff, Francisco Vargas

Volumen 69 - Número 1 / Tipo de Artículo: Caso Clínico

14/12/2015 - (Leído: 18 veces)

RESUMEN

El Doble Píloro (DP) es un hallazgo endoscópico inusual en el que el antro gástrico se conecta al bulbo duodenal por dos orificios separados por un septo, tabique o puente. Su etiología puede ser congénita o adquirida siendo esta última la forma más común como complicación de una enfermedad ulcero péptica (EUP). La mayoría de las fistulas están localizadas en la curvatura menor de antro gástrico. En los casos de DP adquirido se han descrito tres teorías en cuanto a su formación. Puede presentarse con dolor en epigástrico, dispepsia o hemorragia digestiva aunque en ocasiones es un hallazgo casual endoscópico o radiológico. En este caso presentamos a un paciente quien acude con clínica de hemorragia digestiva superior a quien se le realiza gastroscopia donde se evidencia este hallazgo poco usual el cual fue confirmado mediante estudio radiológico. En general, el pronóstico es favorable.

PALABRAS CLAVES: Píloro, bulbo duodenal, doble píloro, gastroscopia.

SUMMARY

The Double Pylorus (DP) is an unusual finding in the gastroscopy where the gastric antrum and the duodenal bulb is connected to by two holes separated by a septum or bridge. Its etiology may be congenital or acquired the latter being the most common form as a complication of peptic ulcer disease (EUP). Most fistulas are located on the lesser curvature of the gastric antrum. There have been described three theories in the formation of acquired DP. It may present with epigastric pain, dyspepsia or gastrointestinal bleeding but sometimes it is an endoscopic or radiological incidental finding. We present a patient who presents with upper gastrointestinal bleeding symptoms in whom a gastroscopy where performed with this unusual finding which was confirmed by radiological study. In general the prognosis is favorable.

KEY WORDS: Pylorus, duodenal bulb, double pylorus, gastro copy.

INTRODUCCIÓN

El Doble Píloro (DP) es un hallazgo endoscópico raro, que ha sido reportado en el 0.001–0.4% de las endoscopias digestivas superiores (1,2), que consiste en una forma de fístula gastroduodenal con la formación de un corto canal accesorio de diámetro variable, desde el estómago distal hasta el bulbo duodenal, en donde el antro gástrico y el bulbo se conectan por dos orificios separados por un septo, tabique o puente de grosor variable (3-5). Puede ser congénito o adquirido siendo este último la forma más común, desarrollándose usualmente como una complicación de una enfermedad ulcero péptica (EUP) (3-12). El DP adquirido es una condición poco común que se observa en menos del 0,4% de gastroscopias realizadas y representa a menudo un hallazgo incidental ante un estudio endoscópico cuando este es realizado por otra indicación (13).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 49 años con antecedente personal conocido con EUP de 13 años de evolución sin control posterior, toxicomanía y tabaquismo, quien acude por presentar hematemesis de dos días de evolución y melena en número de 5, motivo por el cual es admitido a cargo de Gastroenterología.

Los exámenes de laboratorio de ingreso muestran: anemia normocítica normocrómica heterogénea leve, química sanguínea y Tiempos de coagulación normales.

Se plantea realización de Gastroscopia evidenciando en estomago píloro céntrico, franqueable hacia duodeno; por encima de este, hacia curvatura menor se evidencia una banda gruesa cubierta de mucosa de aspecto normal sobre la cual se observa otro orifico de aproximadamente 1,5 cm, que no presenta peristaltismo, a través del cual se traspone el equipo, desembocando en bulbo duodenal. Al trasponer el equipo en bulbo duodenal se evidencia úlcera con rodete inflamatorio, cubierta de fibrina clasificada como Forrest III. Imagen 1, 2.

IMAGEN 1. Endoscopia de ingreso: A. Antro gástrico donde se evidencia píloro, doble píloro y Ulcera en bulbo duodenal. B. Canal doble píloro a través del cual se evidencia Ulcera Forrest III en bulbo duodenal.

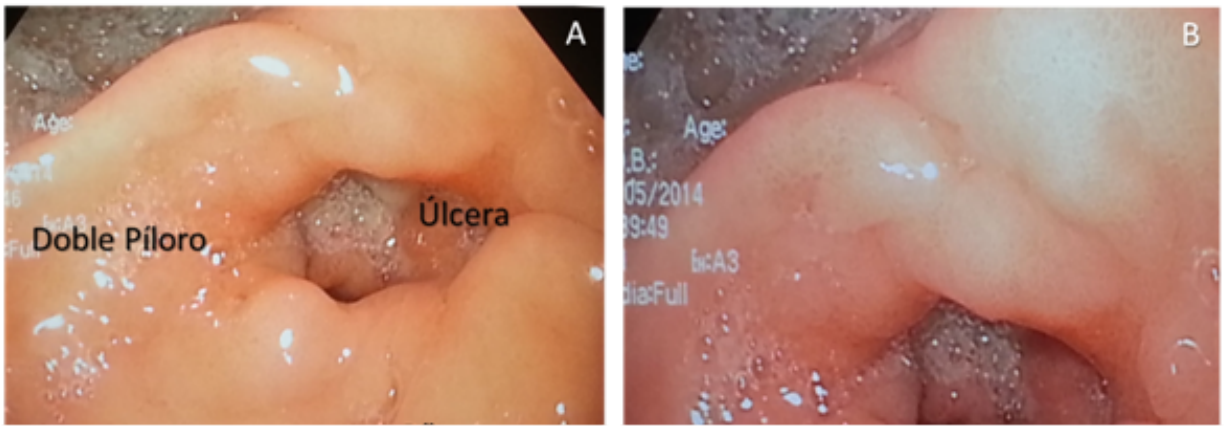
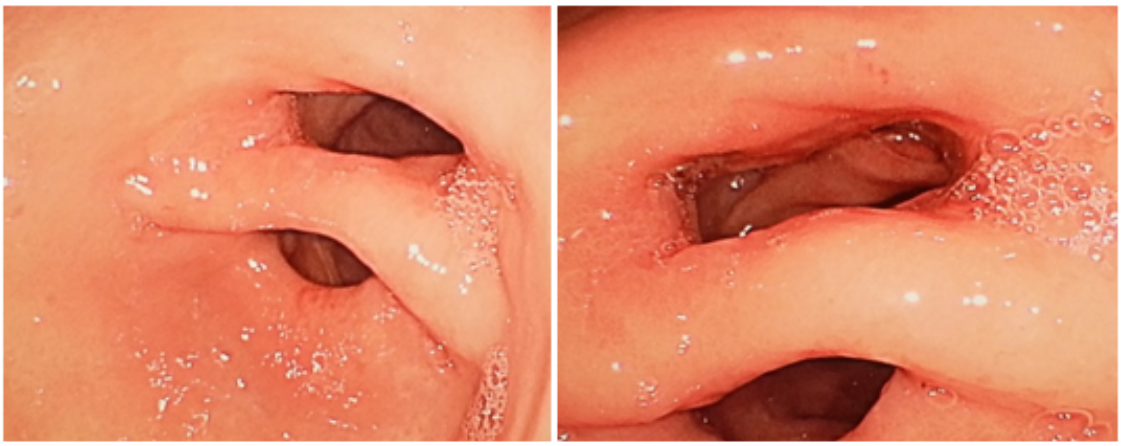


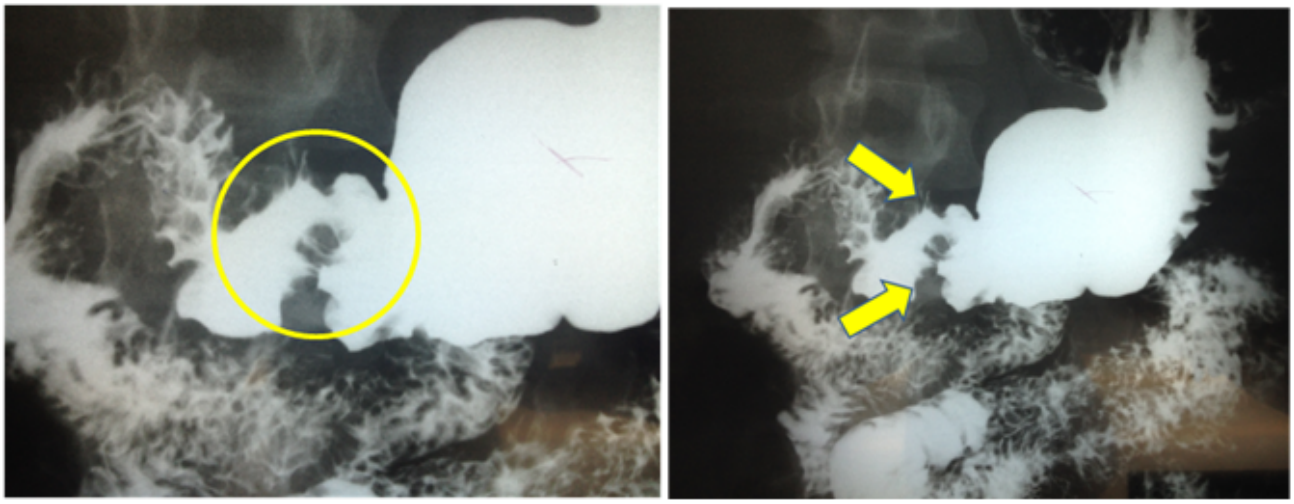
IMAGEN 2. Endoscopia control a los 6 meses. Antro gástrico con dos orificios correspondientes a píloro y doble píloro separados por un puente cubierto de mucosa de aspecto normal.



Esófago-Estomago-Duodeno: Se evidencian dos comunicaciones separadas desde antro hacia duodeno, una de las cuales corresponde a la apertura normal del píloro y la otra al trayecto fistuloso que conecta la curvatura menor del antro a la superficie superior del bulbo.Imagen3.

Se establece Idx: 1.- Sangrado digestivo superior por Ulcera duodenal Forrest III, 2.- Doble Píloro adquirido secundario a enfermedad ulcero péptica.

IMAGEN 3. Serie EED donde se evidencian dos comunicaciones separadas desde antro hacia duodeno (Flechas amarillas).



DISCUSIÓN

El DP marca la presencia de dos orificios, el orificio pilórico natural y otro orificio separado por una banda que se ubica en los márgenes del propio píloro (16). Tiene una prevalencia de 0.06 – 0.4 % (3-5,9), siendo más frecuente en hombres que en mujeres con una relación 2:1 (1,3,5,7,9). También es conocido como fístula gastroduodenal, doble canal pilórico, membrana pilórica y diafragma pilórico (7,8). Otros términos utilizados son banda pilórica y pseudopíloro (10).

En cuanto a su etiología se describe que puede ser una anomalía congénita sobre la base de la embriología de la mucosa pilórica o adquirido en la mayoría de los casos secundario a un proceso ulceroso (2-4,7,9-12) asociado con enfermedades sistémicas y el uso de medicamentos ulcero génicos (2,12).

El primer caso de DP en la literatura americana fue reportado por Smith y Tuttle en 1969 como una banda congénita (8,10-11), posteriormente en 1970 Grosfeld publico una revisión de 18 años en la que presentaba las duplicaciones entéricas que había encontrado reportándose el caso de un neonato, sin embargo son muy pocos los reportes en niños lo que podría abogar por ser extremadamente raro y que su etiología principal sea más bien adquirida como complicación de una enfermedad ulcero péptica (EUP) que puede ser bien gástrica o duodenal e incluso ambas (8). El concepto de que las fistulas gastroduodenales eran causadas por EUP lo introdujo Rokitanski en 1871 cuando propuso que la comunicación era creada por dos ulceras separadas, una de estómago y otra del duodeno que erosionan sus paredes profundizándose una hacia la otra hasta formar una comunicación entre ellas, sin embargo la mayoría de los estudios no lo ha podido comprobar (3, 5,8-9). Posteriormente otros investigadores sugirieron otra patogénesis en la que solo es necesario la presencia de una ulcera que erosiona la pared gástrica o del bulbo duodenal y su penetración origina adherencias en la pared de estos órganos que al ocurrir una mayor penetración más allá de la muscular forman un trayecto fistuloso que finalmente se revitaliza (3,5,6,8,9). Fue descrito por Gharhemani una tercera posibilidad en el origen de estas fistulas que consiste con la aparición de una fistula en la región pre pilórica entre el antro gástrico y el bulbo duodenal (8). Rara vez, el cáncer gástrico también puede ser la causa de un DP adquirido (6). Nuestro paciente presentaba una ulcera en bulbo duodenal en el momento del diagnóstico lo que nos sugiere que la etiología en este es adquirida.

Las fistulas gastrointestinales pueden originarse en diferentes sitios anatómicos. Gould describe dos tipos de fistula, el primer tipo que se originan en la curvatura menor del cuerpo gástrico comunicándose

con la primera porción del duodeno, siendo la más frecuente (1-5,7-8,14-15) así como fue observada en nuestro caso; y el segundo tipo se origina en la curvatura mayor cara posterior del estómago comunicándose con la tercera y cuarta porción del duodeno (8,14). Drapkin y col. describen un tercer tipo de fistula que conecta el píloro con el duodeno formándose un tabique pilórico (14).El desarrollo de estos tres tipos de fistula depende de los diferentes patrones perforativos que tomen las ulceras pre pilóricas (14). Su tamaño puede variar entre pocos milímetros a pocos centímetros (6).

Su sintomatología es similar a la típica observada en la ulcera péptica; puede presentarse con dolor en epigástrico, dispepsia o hemorragia digestiva aun cuando en ocasiones es un hallazgo casual endoscópico o radiológico en pacientes con historia previa de EUP (10,12). Los síntomas mejoran al formarse el doble canal, siendo esto interpretado como mejoría del vaciamiento gástrico (10). Nuestro paciente tenía antecedentes de EUP 13 años sin control posterior y acudió con síntomas de hemorragia digestiva superior por lo que se realiza la endoscopia con el hallazgo.

El método diagnóstico de elección es discutido (10). En la mayoría de los estudios se dice que diagnostico se realiza por gastroscopia donde usualmente se evidencia durante la distensión del antro gástrico un orificio accesorio yuxtapilórico, de diámetro variable, con ausencia de peristaltismo a través del cual debe fluir bilis; es necesario que el antro gástrico este suficientemente distendido por aire para visualizar la fistula ya que pudiera enmascararse por la presencia de pliegues gástricos (3,5,6,9,10), sin embargo otros estudios limitan la endoscopia porque en ocasiones esta no consigue pasar a través del trayecto fistuloso (10). Se ha descrito como técnica útil para su diagnóstico el pasar una pinza de biopsia o un catéter bajo visualización directa a través de la fistula y observar su entrada en el bulbo duodenal (3,6,9). Aun en las series más largas el DP es un diagnostico endoscópico raro (3). Hay estudios que apoyan la radiología como superior (10), sin embargo para otros es difícil de diagnosticar radiológicamente (3,5). En estudios doble contraste, las características radiográficas son la presencia de dos canales que conectan el antro gástrico a la parte superior del bulbo duodenal cuando la fistula se presenta en la curvatura menor de antro, sin embargo, a veces es difícil distinguir entre un DP y una deformidad pilórica marcada (13). Los hallazgos radiológicos pueden en ocasiones ser mal interpretados como pólipos, tumor o pliegues gástricos engrosados (9). En nuestro caso el diagnostico se realizó por endoscopia confirmándose posteriormente con los hallazgos en el esófago-estomago-duodeno.

No se ha caracterizado la asociación entre el Doble Píloro y otras enfermedades sistémicas, así como la

presencia de Helicobacter Pylori, aunque no se descarta la relación (5).

Con mucha frecuencia el canal pilórico accesorio permanece para toda la vida, sin embargo en algunos pacientes este se cierra o se conecta con el píloro verdadero para formar un único canal de nuevo (3,7).
El tratamiento del DP generalmente es conservador ya que los pacientes responden bien al tratamiento médico independientemente de si la fistula se mantiene abierta o se cierra, sin embargo se estima que aproximadamente el 20% de los pacientes necesitan tratamiento quirúrgico como opción definitiva en pacientes que no responden al tratamiento o con mala respuesta por la persistencia de los síntomas u otras complicaciones (3,5).
La respuesta al tratamiento es variable; la causa de la mala respuesta al tratamiento es difícil de determinar aunque se sugiere que esta pobre respuesta al tratamiento, puede estar relacionado con la intercurrencia de otras enfermedades como Diabetes, EPOC, Enfermedades Reumáticas, insuficiencia renal crónica, lupus eritematoso sistémico y otras patologías crónicas que ameriten tratamiento con medicación gasto lesivo (3,5,9), asociándose tratamientos prolongados con cortico esteroides o antiinflamatorios no esteroideos a una mala cicatrización y persistencia de la fistula (1,6,15); no obstante, se debe considerar el papel del reflujo biliar a través de la fistula (2,3,12). En casos en los que haya asociación de DP y HP debe plantearse erradicación del HP con el fin de prevenir ulceras recurrentes y mejorar los síntomas ya que se ha encontrado respuesta a la triple terapia (3,4).
En nuestro caso se le indico al paciente tratamiento médico: primera línea para Hp manteniendo inhibidor de bomba de protones con mejoría de los síntomas. En un control endoscópico realizado en un periodo de 6 meses la fistula no había cerrado sin embargo no había evidencia de ulceras.

CLASIFICACION DEL TRABAJO

AREA: GASTROENTEROLOGIA
TIPO: Caso Clínico
TEMA: Intestino
PATROCINIO: ESTE TRABAJO NO HA SIDO PATROCINADO POR NINGÚN ENTE GUBERNAMENTAL O COMERCIAL.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seyfettin Köklü. A Rare Endoscopic Finding in an Elderly Patient: Double Pylorus. International Journal

of Gerontology. 2012; 6 (3): 234-235.

2. Vincent Zimmer, Marc Dauer and Frank Lammert. One less ulcer, one extra pylorus. Digestive and Liver Disease.2010; 43 (7): e13.

3. Vida Perez Luis, Castillo Molina Laura, Gonzalez Galilea Angel, Galvez Calderon Carmen, De Dios Vega Juan Francisco. Doble píloro: Hallazgo inusual de una enfermedad común. Gastroenterología y Hepatología. 2009; 32 (1) : 75-76.

4. Muzaffer Erturk. Double pylorus; a complication of gastric ulcer. Rev Esp. Enferm. Dig. 2012; 104 (6): 336-337.

5. MartínezLópez Rolando, Diaz-Canel Osvaldo, Ruiz Torres Julián, Anido Escobar Vivianne, Martínez Lamela Yarileynis, Brizuela Quintanilla Raúl. Píloro Doble. Rev. Cubana Med. Milit (online). 2005; 34 (2): 0-0.

6.Akbulut Sabiye, Erten Ahmet, Ozaslan Ersan, Altiparmak Emin. Double Pylorus. Balkan Med J. 2014; 31: 187-188.

7. Mendez-Rufian V, Benitez-Roldan A, Pellicer-Bautista F, Herrerias-Gutierrez J.M. Píloro Doble: Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rapd Online. Julio-Agosto 2009; 32 (4): 327-328.

8. Piscoya Alejandro, Quispe Luis, Paucar Héctor, Bussalleu Alejandro. Doble Píloro: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev. Gastroenterol Perú. 1997; 17 (2): 166-169.

9. Tsung-Hui Hu, Tung-Lung Tsai, Chia-Chang Hsu, Sheng-Nan Lu, Michael Hsiao, Chi-Sin Changchien. Clinical characteristics of doublé pylorus. Gastrointest Endosc. 2001; 54 (4): 464-470.

10. Marcote Valdivieso E, Baltasar Torrejón A, Vidal Ruiz J, Andreo Hernández L y Pérez Serra J. Doble canal pilórico. Cirugía Española. Junio 1989; 45 (6): 916-921.

11. Chi-Tan Hu, Wei-Yi Lei, Ming-Cheh Chen and Andy Shau-Bin Chou. An unusual complication of peptic ulcer disease. Gastrointest Endosc. 2010: 72 (2): 433-434.

12. Ian J. Tanswell, Tadeo Kossakowski and Gillian Townson. Electronic Clinical Challenges and Images in GI. Gastroenterology. 2008; 135 (5): e7-e8.

13. Linea Cristina, Sinagra Emanuele, La Seta Francesco, Giunta Marco. Acquired doublé pylorus, due to penetrating gastric ulcer, presenting with melena. World J. Gastrointest Endosc. 2012; 4 (3): 94-95.

14. Fayenz S. The evolution of the double pylorus. Gastrointest Endosc. 1986; 32 (1): 31-2.

15. Chih-Wei Tseng, Jai-Jen Tsai and Hwai-Jeng Lin. Double Pylorus: An Unusual Complication of Peptic Ulcer Disease. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2008; 6 (10): e38.

Tweet

Click para volver

Revista Gen © 2015 Todos los derechos reservados.

Powered by Soluciones ToadSoft, C.A. (http://www.solucionestoadsoft.com)

Síguenos en...

(https://www.facebook.com/sovegastro) (https://twitter.com/SOVEGASTRO)