

Doble píloro secundario a enfermedad ulcerosa péptica



Double pylorus secondary to peptic ulcer disease

La duplicidad pilórica es la formación de un canal accesorio entre el estómago distal y el bulbo duodenal, así el antro gástrico y el bulbo se comunican por 2 aperturas separadas por un canal o puente.

Presentamos el caso de una paciente mujer de 83 años, con antecedente de recambio de prótesis de cadera, artrosis, hipertensión arterial y diabetes mellitus, motivo por el cual recibía múltiples medicamentos, entre ellos antiinflamatorios (AINE). En su control por cardiología, se evidenció un descenso de la hemoglobina de 12 g/dl a 9.7 g/dl (VCM 89.7, HCM 29.3), por lo cual es derivada a Gastroenterología.

La paciente refería historia de reflujo y epigastralgia intermitente, por lo que usaba intermitentemente ranitidina y omeprazol. Una semana antes de la consulta presentó melena que se autolimitó, por lo cual se programa para endoscopia alta. En el examen físico presentaba discreta palidez, resto sin alteraciones.

La endoscopia alta evidenció en el antro una úlcera profunda, de aproximadamente 3 cm, con bordes definidos y base de fibrina (fig. 1 A); en su borde adyacente al píloro la úlcera presentaba una perforación, que permitía el paso del instrumento hacia el duodeno (fig. 1 B). La anatomía patológica de los bordes de la úlcera solo evidenció gastritis crónica superficial leve, sin atrofia, ni metaplasia. *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) negativo. Se indicó lanzoprazol 30 mg por vía oral cada 12 h.

A los 3 meses, la paciente se encontraba asintomática y se programó una endoscopia de control. La endoscopia evidenció la reepitelización de la úlcera, dejando solamente erosiones aisladas y un tabique mucoso definitivo que generaba un doble ingreso al duodeno desde el estómago (signo del doble píloro) (fig. 2 A y B).

La prevalencia del doble píloro oscila entre el 0.001 y el 0.4%^{1,2}. El doble píloro también se denominada doble canal pilórico, fístula gastroduodenal, membrana pilórica y diafragma pilórico³.

El doble píloro se origina por la presencia de una úlcera en la pared gástrica que perfora el duodeno o viceversa y que, al reepitelizarse, genera un tabique mucoso^{2,4}. La fístula

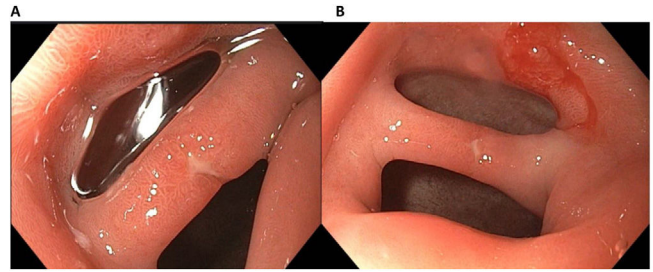


Figura 2 A) Erosiones aisladas en el tabique mucoso. B) Tabique mucoso que genera un doble ingreso al duodeno (signo del doble píloro).

generalmente se produce en la curvatura menor gástrica y se conecta con la pared superior del bulbo duodenal; sin embargo, se han descrito casos donde la úlcera ocurre en la curvatura mayor y se comunica con la tercera o cuarta porción del duodenal⁵.

La infección por *H. pylori*, el uso de antiinflamatorios no esteroideos y algunas enfermedades sistémicas crónicas son los factores de riesgo usuales^{1,5}. En la mayoría de los casos, el doble píloro es complicación adquirida, aunque se han reportado algunos casos congénitos⁴. Los casos adquiridos de doble píloro son secundarios a enfermedad ulcerosa péptica o cáncer gástrico.

Por lo general, esta enfermedad transcurre asintomática y es encontrada incidentalmente luego de un episodio de hemorragia digestiva alta, como en el caso de nuestra paciente. El diagnóstico se realiza por endoscopia, al observar un orificio accesorio de diámetro variable, con ausencia de peristaltismo.

El tratamiento de la duplicidad pilórica es habitualmente conservador, con inhibidor de bomba de protones a dosis altas. En algunos casos, se puede plantear dividir el tejido del tabique por endoscopia. El manejo quirúrgico nunca debe ser el de primera elección; sin embargo, hasta un 20% de los pacientes requieren cirugía por síntomas refractarios u otras complicaciones^{2,4}. Durante la evolución, se estima que el doble píloro permanece permeable en la mayoría de los pacientes 64% de los casos, se fusiona con píloro normal en el 27% y se cierra solo en el 9%².

Consideraciones éticas

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos. Utilizamos protocolos de obtención de base de datos de pacientes de nuestro centro de trabajo, preservando el anonimato del paciente y se solicitó el consentimiento informado.

Contribución de los autores

Los autores han participado en la concepción y diseño del artículo, en la redacción y aprobación de la versión final a publicar.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido financiación externa.

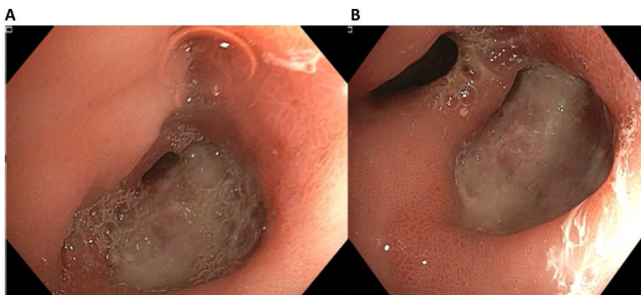


Figura 1 A) Úlcera antral adyacente al píloro de aproximadamente 3 cm, que deforma su ingreso. B) La úlcera presentaba una perforación colindante al píloro que permite el paso del instrumento (doble luz).

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflicto de interés alguno.

Referencias

1. Oktaricha H, Miftahussurur M. Double pylorus in upper gastrointestinal bleeding. *Case Rep Gastroenterol*. 2021;15:332–7, <http://dx.doi.org/10.1159/000513804>.
2. Fousekis F, Aggeli P, Kotsaftis P, et al. Double pylorus: Report of a case with endoscopic follow-up and review of the literature. *Gastroenterology Res*. 2018;11:154–6, <http://dx.doi.org/10.14740/gr960w>.
3. Hernández Hernández R, Estévez-López M, Estrada-Vaillant A, et al. Píloro doble. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Méd Electrón*. 2019;41:189–95 [consultado 20 Sep 2023]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000-100189&lng=es
4. Vida-Pérez L, Castillo-Molina L, González-Galilea A, et al. Doble píloro: hallazgo inusual de una enfermedad común. *Gastroenterol Hepatol*. 2009;32:75–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2008.09.002>.
5. Kiyak M, Üçer M, Şentürk-Demirtaş C, et al. Double pylorus presenting with gastrointestinal bleeding: A rare case report. *Clin Ter*. 2023;174:4–7, <http://dx.doi.org/10.7417/CT.2023.2489>.

H. Cedrón-Cheng^{a,*} y S.A. Chávez-Sánchez^b

^a *Servicio de Gastroenterología, Clínica Anglo Americana, Lima, Perú*

^b *Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú*

* Autor para correspondencia. Calle Alfredo Salazar 350 - San Isidro - Lima, Perú. Teléfono: +51 999697998
Correo electrónico: hcedron@gmail.com
(H. Cedrón-Cheng).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.02.002>
0375-0906/ © 2024 Asociación Mexicana de Gastroenterología.
Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).