



P-182 - ESTENOSIS PILÓRICA POR MALFORMACIÓN VASCULAR

Muñoz Monville, Inés; Esteve, Jose Antonio; García del Caño, Julián; Neznanova Dutova, Maria; Ángel, Gretchen Sahari; Sanmartín Balbastre, Paula; Chisvert Mateu, Maria Vicenta; Ferri Espi, Ramon

Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Resumen

Introducción: Las estenosis pilóricas pueden tener diversas etiologías, tanto benignas como malignas. Aunque en algunos casos se asocian a un síndrome constitucional con pérdida de peso, es importante considerar que dicha pérdida puede estar relacionada con la intolerancia oral característica de estos pacientes y no necesariamente con un proceso maligno subyacente. El diagnóstico etiológico de las estenosis pilóricas se establece principalmente mediante biopsias endoscópicas y estudios de imagen; sin embargo, en ciertos casos, estas herramientas diagnósticas pueden no ser concluyentes.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente de 46 años, sin antecedentes médicos relevantes, quien ingresa en el servicio de Medicina Interna por presentar intolerancia oral, vómitos y dolor abdominal. El paciente refiere una pérdida de peso de aproximadamente 10 kg en los últimos meses. Se realiza una tomografía computarizada, que revela un engrosamiento mural de la curvatura mayor del estómago de hasta 17 mm y un engrosamiento pilórico de 31 mm, sin otros hallazgos significativos. Ante estos hallazgos, se decide realizar una gastroscopia para evaluar la causa de la estenosis pilórica observada en la imagen. Durante el procedimiento endoscópico se visualiza un píloro estenótico, puntiforme, no franqueable con el endoscopio pediátrico. Se toman biopsias tanto del píloro como del antro prepilórico debido a la consistencia endurecida y la pérdida de movilidad de la zona afectada. Los resultados de la anatomía patológica muestran edema y fibrosis sin evidencia de malignidad, aunque se detecta infección por *Helicobacter pylori*. El caso se discute en sesión multidisciplinaria y se decide realizar una segunda gastroscopia para obtener nuevas biopsias debido a los hallazgos no concluyentes de la primera exploración y los informes anatomo-patológicos. Se solicitan además los marcadores tumorales CEA y CA 19.9, cuyos resultados son negativos. El segundo informe de anatomía patológica confirma los hallazgos previos de edema y fibrosis sin malignidad. Dada la sintomatología persistente y marcada del paciente, se opta por intervención quirúrgica. Durante la cirugía, se observan hallazgos compatibles con una causa benigna, por lo que inicialmente se realiza una piloroplastia. Sin embargo, al continuar con la intervención, se identifica que la estenosis se localiza de forma más proximal, por lo que se decide proceder con una antrectomía y reconstrucción en Y de Roux transmesocólica con anastomosis manual latero-lateral. La pieza resecada es enviada a anatomía patológica, cuyo resultado final es estenosis antral secundaria a vasos anómalos que penetran desde el tejido adiposo a la pared gástrica alcanzando la submucosa. Se diagnostica malformación vascular compatible con angiodisplasia antral.

Discusión: Aunque las biopsias endoscópicas y las pruebas de imagen son herramientas fundamentales en el diagnóstico de las estenosis pilóricas, en algunos casos no permiten identificar con claridad la etiología subyacente. Este caso resalta la importancia de considerar la intervención quirúrgica como último recurso

diagnóstico, especialmente cuando las pruebas no proporcionan información concluyente. La anatomía patológica posoperatoria, en este caso, permitió identificar una malformación vascular poco frecuente, lo que subraya la complejidad diagnóstica de las estenosis pilóricas y la necesidad de un enfoque integral en su manejo.