



CARTAS CIENTÍFICAS

Tratamiento endoscópico de una membrana duodenal fenestrada mediante dilatación



Fenestrated duodenal web treated by endoscopic dilatation

El duodeno es la localización más frecuente de atresia intestinal, con una incidencia de uno de cada 10.000 a 40.000 nacimientos. La membrana duodenal (atresia duodenal tipo I) se presenta en forma de diafragma compuesto por mucosa y submucosa, que produce obstrucción endoluminal incompleta. Se suele localizar a nivel de la ampolla de Vater o algunos milímetros distalmente a la misma. Más de un 30% de los casos asocian síndrome de Down, cerca del 40% presentan malformaciones cardíacas y hasta el 70% asocian malrotación intestinal.

La presentación clínica va a depender del tamaño de la estenosis. Típicamente se manifiesta en neonatos, en las primeras horas o días de vida, en forma de vómitos y distensión abdominal. En el caso de inicio clínico tardío los síntomas pueden ser menos evidentes, manifestándose como retraso en el crecimiento, distensión abdominal o infecciones respiratorias recurrentes.

El tratamiento habitual de esta enfermedad es quirúrgico, suele realizarse *bypass* mediante duodenoduodenostomía. La experiencia con tratamiento endoscópico es escasa y se han publicado pocos casos utilizando técnicas de dilatación e incisión, solas o combinadas. La mayor serie de casos publicada es de 4 pacientes neonatos a los que se les realizaron dilataciones neumáticas mediante radiología intervencionista¹.

Presentamos el caso clínico de un paciente de 8 años con síndrome de Down y retraso del crecimiento que presentaba clínica de vómitos de 6 meses de evolución. La radiografía simple de abdomen y el tránsito gastrointestinal (fig. 1) mostraron gran dilatación de estómago y duodeno («signo de doble burbuja»), con retención de contraste y escasa aireación distal. En la gastroscopia se objetivaron restos alimentarios en estómago y gran dilatación del bulbo duodenal con estenosis en forma de membrana fenestrada, con un orificio central de 5 mm.

Tras la valoración conjunta por los servicios de cirugía pediátrica y medicina digestiva se decidió tratamiento mediante dilataciones endoscópicas seriadas con balón neumático. Se realizaron 2 sesiones de dilatación bajo control radiológico con dilatador neumático de expansión radial

controlada (CRE®, Boston Scientific), desde 8 mm hasta 12 mm (fig. 2). No se produjeron complicaciones y se consiguió una remisión completa de la sintomatología. Todas las gastroscopias se realizaron en quirófano con el paciente intubado y controlado por anestesiista.

A los 5 años del tratamiento se produjo una recidiva de la clínica con vómitos y parámetros de desnutrición. En el tránsito gastrointestinal se apreció un estómago aumentado de tamaño, con buen paso de contraste a través del píloro, y gran dilatación del bulbo y segunda porción duodenal, no consiguiendo paso de contraste distal por estenosis a este nivel. Ante la reaparición de la sintomatología se decidió iniciar de nuevo el protocolo de dilatación con balón neumático. Debido a que inicialmente la estenosis no permitía el paso del gastroscopio pediátrico, la primera gastroscopia se realizó bajo control radiológico, identificando una estenosis corta de 10 mm. Se llevaron a cabo un total de 9 sesiones con dilataciones sucesivas desde 8 mm hasta 18 mm, sin complicaciones inmediatas. Progresivamente se consiguió la resolución de la clínica con ganancia ponderal. Sin embargo, a las 48 h de la última dilatación el paciente presentó dolor abdominal y fiebre. Se realizó una TAC abdominal en la que se identificaron a nivel de segunda porción duodenal burbujas de aire ectópico compatibles con microperforación.

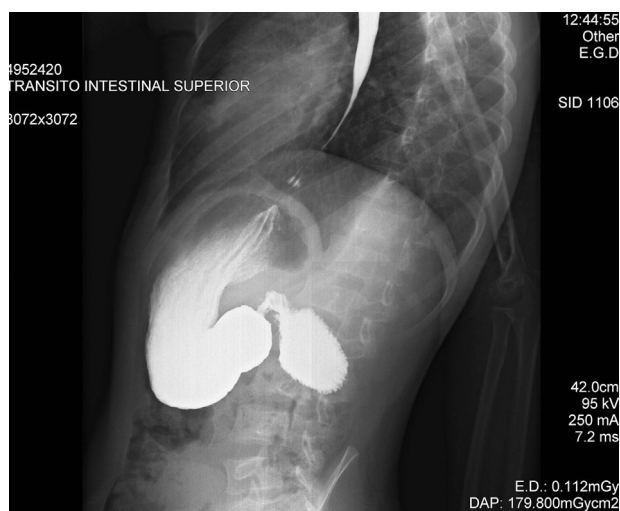


Figura 1 Imagen típica de «doble burbuja» en el tránsito gastrointestinal. Se aprecia una dilatación de la 1.ª y 2.ª porciones duodenales, sin paso de contraste distal por estenosis a ese nivel.

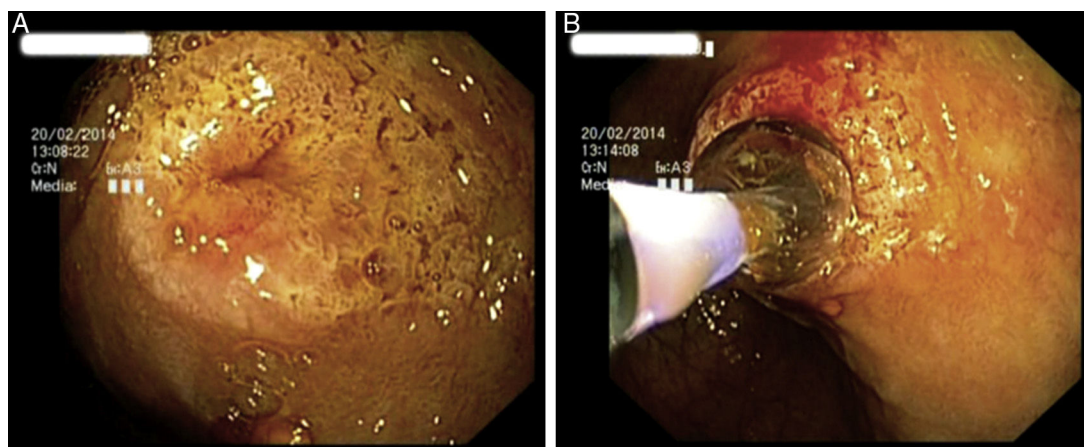


Figura 2 A) Visión endoscópica a nivel de la 2.^a porción duodenal de la estenosis membranosa fenestrada, de mucosa vellosa ligeramente eritematosa, que no permitía el paso del endoscopio estándar. B) Se canuló la estenosis y se pasó una guía, sobre la que se deslizó el balón de dilatación CRE y se realizó dilatación neumática progresiva. Se puede observar el aspecto rugoso de la mucosa plegada sobre el balón.

Se trató de forma conservadora inicialmente y 10 días después se realizó tratamiento quirúrgico de forma electiva como tratamiento definitivo, realizando resección duodenal completa con gastroyeyunostomía.

Los casos de membrana duodenal congénita tratada de forma endoscópica son escasos. Se han publicado casos aislados o series muy cortas con buenos resultados utilizando dilataciones neumáticas, incisión con aguja de precorte o disección submucosa combinada con membranectomía con asa de polipectomía²⁻⁵, aunque estos resultados son a corto plazo.

La dilatación neumática es una técnica relativamente segura, aunque no está exenta de riesgos y complicaciones. La decisión de realizar tratamiento endoscópico en casos de membrana duodenal debe ser multidisciplinar, teniendo en cuenta la experiencia del endoscopista y la disponibilidad de cirujanos pediátricos. Según nuestra experiencia, la dilatación neumática probablemente no sea una técnica eficaz a largo plazo como único tratamiento de la membrana duodenal.

Bibliografía

1. Van Rijn RR, van Lienden KP, Fortuna TL, D'Alessandro LCA, Connolly B, Chait PG. Membranous duodenal stenosis: Initial experience with balloon dilatation in four children. *Eur J Radiol.* 2006;59:29–32.

2. Bittencourt PFS, Malheiros RS, Ferreira AR, Carvalho SD, Filho PPF, Tatsuo ES, et al. Endoscopic treatment of congenital duodenal membrane. *Gastrointest Endosc.* 2012;76:1273–5.
3. Barabino A, Gandullia P, Arrigo S, Vignola S, Mattioli G, Grattarola C. Successful endoscopic treatment of a double duodenal web in an infant. *Gastrointest Endosc.* 2011;73:401–3.
4. DiMaio CJ, Kamal N, Hogan CM, Midulla PS. Pediatric therapeutic endoscopy: Endoscopic management of a congenital duodenal web. *Gastrointest Endosc.* 2014;80:166–7.
5. Poddar U, Jain V, Yachha S, Srivastava A. Congenital duodenal web: Successful management with endoscopic dilatation. *Endosc Int Open.* 2016;4:E238–41.

Ana Sanahuja Martínez*, Andrés Peña Aldea, Vicente Sanchiz Soler, Rosana Villagrasa Manzano, Isabel Pascual Moreno y Francisco Mora Miguel

Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Universitat de València, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anasanahujamar@gmail.com
(A. Sanahuja Martínez).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.06.009>
0210-5705/

© 2017 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.