

Concreción litiásica en antro gástrico retenido

Pedro Cascales Sánchez, Agustina Martínez Moreno, Servando Usero Rebollo, Emilio García Blázquez y José María Moreno Resina

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

Resumen

El antro gástrico retenido tiene lugar cuando se realiza una exéresis incompleta del antro gástrico durante una gastrectomía tipo Billroth II por enfermedad ulcerosa péptica. Se presenta el caso de un paciente con antro gástrico retenido con una concreción litiásica en su interior, sin fístula biliodigestiva, como un hallazgo extraordinariamente raro que no hemos encontrado descrito previamente en la literatura.

Palabras clave: Concreción litiásica. Antro gástrico retenido. Gastrectomía Billroth II.

GALLSTONES IN A RETAINED GASTRIC ANTRUM

Retained gastric antrum arises when there is incomplete excision of the gastric antrum during Billroth II gastrectomy for peptic ulcer disease. We report the case of a patient with gallstones in a retained gastric antrum, without biliodigestive fistula. This finding is extremely rare and we have found no previously reported cases in the literature.

Key words: Gallstones. Retained gastric antrum. Billroth II gastrectomy.

Introducción

El antro gástrico retenido tiene lugar cuando se realiza una exéresis incompleta del antro gástrico durante una gastrectomía tipo Billroth II por enfermedad ulcerosa péptica^{1,2}. Conceptualmente se caracteriza por la persistencia de mucosa antral en el muñón duodenal. El medio alcalino del asa aferente estimula la secreción de gastrina por las células G antrales y, secundariamente, la hipersecreción ácida determina la recidiva ulcerosa¹. Su incidencia en series amplias de recidivas ulcerosas varía entre el 4 y el 26%^{1,3}. La litiasis antral se ha descrito previamente como variante del síndrome de Bouveret, definido clásicamente como una obstrucción litiásica duodenal^{4,5}.

Se presenta el caso de un paciente con antro gástrico retenido con una concreción litiásica en su interior, sin fístula biliodigestiva, como un hallazgo extraordinariamente raro que no hemos encontrado descrito previamente en la literatura.

Caso clínico

Paciente varón de 48 años que consultó por dolor epigástrico y náuseas de 18 meses de evolución.

Antecedentes personales: gastrectomía con reconstrucción Billroth II 30 años antes por úlcera gástrica perforada. Pancreatitis aguda 20 años antes. Intervención de obstrucción intestinal por brida 15 años antes. Hemorroidectomía 1 año antes. En tratamiento actual con omeprazol.

Enfermedad actual: dolor epigástrico de 18 meses de evolución no relacionado con las comidas que cede con omeprazol. Además refiere náuseas y sensación de plenitud ocasionales no relacionadas con las comidas. Ausencia de síndrome constitucional.

En la exploración física no se evidenciaron hallazgos significativos. La analítica (hemograma, bioquímica y coagulación) y los marcadores tumorales fueron normales. En la radiología del abdomen no hubo hallazgos significativos. En la ecografía abdominal apareció colelitiasis e imagen sólida redondeada y homogénea en hipocondrio derecho entre páncreas y lóbulo hepático izquierdo, de difícil interpretación. La tomografía computarizada (TC) abdominopelvíana (fig. 1) mostró una imagen redondeada con morfología de diana adyacente al hilio hepático y la vesícula biliar, con burbuja aérea en su pared, que indicaba como posibles diagnósticos hematoma de asa aferente, invaginación del asa aferente o bezoar gástrico. El tránsito esofagogastrointestinal no mostró alteraciones. La esofagogastroscoopia mostró un esófago normal y gastrectomía Billroth II con una úlcera de la anastomosis.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente de forma electiva mediante laparotomía media supraumbilical e infraumbilical, y se encontraron múltiples adherencias, que se liberaron, colelitiasis múltiple y gastrectomía tipo Billroth II con resección parcial de antro gástrico y concreción litiásica de 6 cm en el antro retenido, por lo que se realizó gastrotomía con extracción del cálculo, antrectomía completa y colecistectomía reglada (figs. 2 y 3).

El estudio anatomopatológico informó de estómago con gastritis crónica, erosiones y ulceración y vesícula biliar con colelitiasis y colecistitis crónica.

En el postoperatorio cursó neumonía basal derecha, que se resolvió con tratamiento antibiótico. Actualmente se encuentra asintomático.

Correspondencia: Dr. P. Cascales Sánchez.
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
Hermanos Falco, 27, 1.º izqda. 02006 Albacete. España.
Correo electrónico: pcascales@sescam.org

Manuscrito recibido el 17-7-2006 y aceptado el 27-11-2006.



Fig. 1. Tomografía computarizada abdominalopélvica: imagen redondeada con morfología de diana adyacente al hilio hepático y la vesícula biliar.

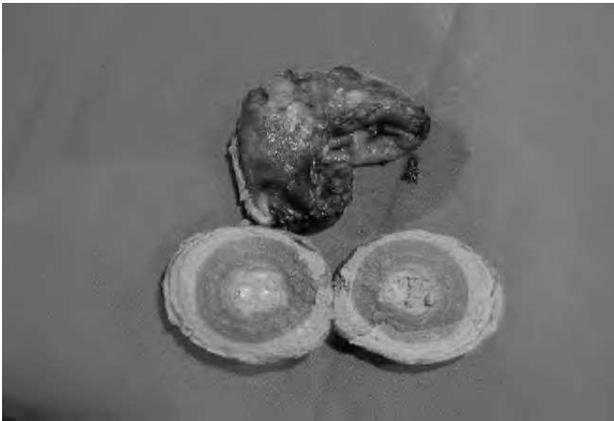


Fig. 2. Pieza de antro retenido reseca y concreción litiásica contenida en su interior.



Fig. 3. Concreción litiásica de 6 cm de diámetro seccionada para mostrar esa morfología en diana.

Discusión

El antro gástrico retenido es una afección muy infrecuente en la actualidad, y tiene lugar cuando se realiza una exéresis incompleta del antro gástrico durante una

gastrectomía tipo Billroth II por enfermedad ulcerosa péptica^{1,2,6}.

La recidiva ulcerosa en el estómago operado no es excesivamente frecuente y varía entre el 0,6 y el 6%; su origen en un antro retenido es incluso menos frecuente¹.

La aparición cada vez más infrecuente del antro gástrico retenido hace que en ocasiones no se lo sospeche. Sin embargo, se debe considerar ese diagnóstico ante un paciente con antecedentes de cirugía gástrica previa, ya que se trata de una enfermedad tratable completamente^{1,2,6}.

El curso clínico se caracteriza por la aparición de múltiples recidivas ulcerosas, de difícil control médico, hipersecreción ácida e hipergastrinemia, lo que plantea problemas de diagnóstico diferencial con el síndrome de Zollinger-Ellison (ZE)^{1,2,6}.

La clínica de recidiva ulcerosa reaparece de forma precoz tras la cirugía y se manifiesta por dolor abdominal recurrente (94%) como síntoma principal, hemorragia digestiva alta (90%) y diarrea^{1,2,6}.

Si embargo, el antro gástrico retenido no siempre condiciona la aparición del cuadro clínico característico, que depende de la superficie de mucosa gástrica retenida en el muñón duodenal^{1,2}.

El diagnóstico de antro retenido se basa en métodos analíticos tales como la demostración de hipergastrinemia con pruebas de secretina negativas¹⁻³; métodos isotópicos^{1,2,7} como la gammagrafía con ⁹⁹Tc y el estudio endoscópico con biopsia del muñón duodenal, que es el diagnóstico definitivo previo a la cirugía^{1,2,3}.

Sin embargo, el método diagnóstico más específico es la resección quirúrgica del fondo del muñón del asa aferente y la demostración histológica de la mucosa gástrica de tipo antral^{1,2,6,7}.

El tratamiento del antro retenido se alcanza con éxito con su resección completa^{1,2,6,7}.

La litiasis antral se ha descrito previamente en forma de obstrucción litiásica biliar antropilórica como variante del síndrome de Bouveret^{4,5}. Sin embargo, la presencia de una concreción litiásica antral en un antro retenido como la referida en nuestro caso no la hemos encontrado en la literatura.

Bibliografía

1. Rabago Torre LR, Gea Rodríguez F, Mora Sanz P, Martínez Montiel P, Soler Grande F, Paniagua Gómez Álvarez C, et al. [The retained antrum, its diagnosis and clinical significance]. *Rev Esp Enferm Dig.* 1992;81:200-3.
2. Gibril F, Lindeman RJ, Abou-Saif A, Sojamanesh H, Roy PK, Peghini PL, et al. Retained gastric antrum syndrome. *Dig Dis Sci.* 2001;46: 610-7.
3. Sakai P, Filho UL, Cabrera PA, Oliveira LF, Ishioka S, Rodrigues JG, et al. Fiberoptic endoscopy in the diagnosis of retained gastric antrum. *Endoscopy.* 1983;5:246-8.
4. Patel JC, Lesur G, De Cervens T, Reñiré JF, Ardí C, Farvas A, et al. Antropyloric lithiasic obstruction. A variant of Bouveret's syndrome. *Chirurgie.* 1991;117:417-9.
5. Masannat YA, Caplin S, Brown T. A rare complication of a common disease: Bouveret syndrome, a case report. *World J Gastroenterol.* 2006;12:2620-1.
6. Lee CH, P'eng FK, Lui WY. The clinical aspects of retained gastric antrum. *Arch Surg.* 1986;121:1181-6.
7. Lee CH, P'eng FK, Yech PH. Sodium pertechnetate Tc99m antral scan in the diagnosis of retained gastric antrum. *Arch Surg.* 1984; 119:309-11.