



CARTAS AL DIRECTOR

Estenosis hipertrófica pilórica del adulto



Hypertrophic pyloric stenosis in adults

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 72 años, alérgica al contraste yodado, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, bocio e hipotiroidismo por tiroiditis de Hashimoto. Múltiples ingresos desde 1997, por dilataciones agudas gástricas, secundarias a estenosis pilórica, de etiología desconocida por negativa de la paciente a la realización de pruebas diagnósticas. Colitis isquémica grave, con perforación sigmoidea secundaria en 2006, requiriendo resección quirúrgica y colostomía permanente en fosa ilíaca izquierda.

Ingresa en nuestro servicio por cuadro de dolor abdominal de instauración brusca, acompañado de vómitos y ausencia de ventoseo. En la exploración física presentaba gran distensión abdominal, timpanismo y datos de irritación peritoneal. Analíticamente se objetivó acidosis metabólica compensada, siendo el hemograma, coagulación, PCR y bioquímica básica normales. La radiografía de abdomen ponía de manifiesto una gran dilatación gástrica (fig. 1), por lo que se solicitó TAC abdominal urgente (fig. 2A y B) donde se observó distensión gástrica secundaria a estenosis pilórica completa y neumoperitoneo, sin objetivar claro punto de perforación.

Se procedió a tratamiento quirúrgico mediante gastrectomía total y reconstrucción del tránsito mediante esófago-yeyunostomía en Y de Roux. No se pudo acceder por vía laparoscópica dada la gran distensión gástrica que presentaba la paciente.

En la pieza quirúrgica se observó un estómago de 30 cm de eje mayor con píloro engrosado (fig. 3), siendo la anatomía patológica de fibras musculares en haces con disposición irregular e hipertrófica. No se objetivó punto de perforación en la pieza quirúrgica atribuyéndose el neumoperitoneo a difusión del aire secundaria a la gran dilatación gástrica.

La estenosis hipertrófica pilórica en el adulto es una entidad infrecuente, con una amplia variedad de síntomas, pudiendo ser asintomática, producir dispepsia, vómitos o incluso un cuadro oclusivo con neumoperitoneo¹. Los síntomas pueden aparecer en edades comprendidas entre los



Figura 1 Severa dilatación gástrica en radiografía de abdomen convencional.

14-85 años, con una edad promedio de 50 años, siendo más frecuente en el sexo masculino, con una incidencia de 3:1^{2,3}.

La etiología permanece oscura, habiéndose planteado varias hipótesis, siendo las de mayor interés las siguientes^{1,2,4}:

1. Causas primarias: sin objetivar lesión aparente:
 - a) Incoordinación neuromuscular secundaria a cambios del plexo de Auerbach o hiperactividad vagal.
 - b) Píloroespasmó prolongado.
 - c) Persistencia de la estenosis infantil; la mayoría de los autores abogan por esta teoría, en la que la enfermedad permanece latente y es reactivada por

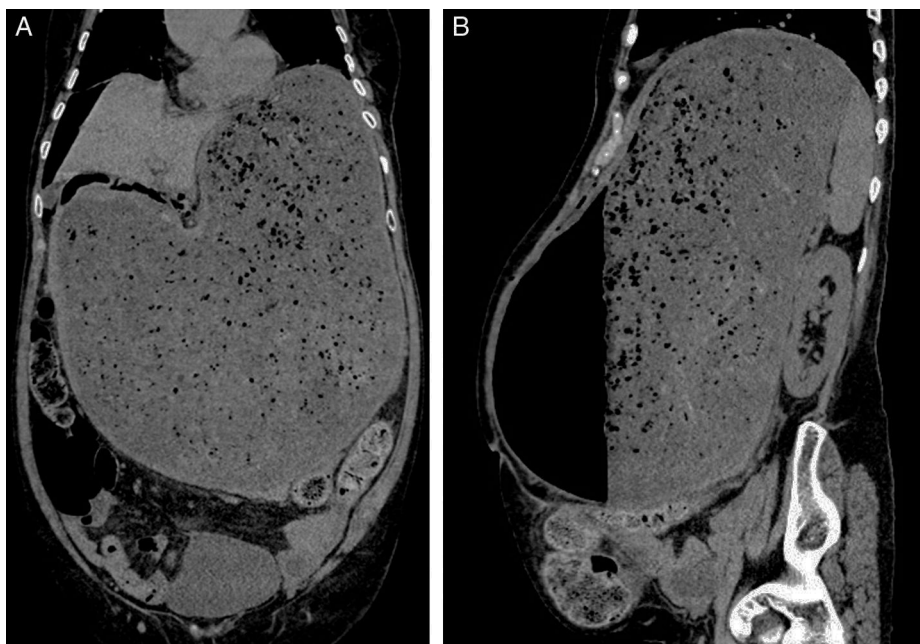


Figura 2 Imágenes de TAC abdominal. A) Corte coronal; B) Corte sagital: estómago muy distendido, con contenido alimenticio y aire, sin observar paso del mismo hacia duodeno, en relación con estenosis pilórica conocida. Neumoperitoneo en abdomen superior, y pequeña cantidad de líquido libre perigástrico.

factores secundarios como la inflamación, el edema y el espasmo. La estenosis pilórica del adulto y del niño presenta alteraciones anatómicas e histopatológicas similares, lo cual favorece esta hipótesis.

2. Causas secundarias: asociada a lesión gástrica, pilórica o duodenal, como pueden ser la gastritis, las lesiones pépticas o las tumorales.

El cuadro clínico es variable y raramente es diagnóstico, predominan el dolor abdominal, vómitos persistentes,

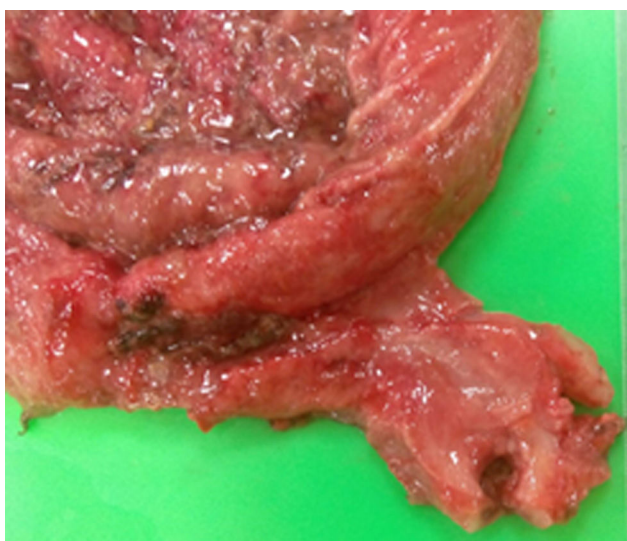


Figura 3 Hipertrofia a nivel pilórico en corte trasversal de pieza quirúrgica.

saciedad precoz, anorexia, dispepsia y pérdida de peso^{2,3}. El diagnóstico principalmente es radiológico (objetivando un canal pilórico mayor a 1 cm) y endoscópico (donde se observa un piloro estrechado con borde liso), no obstante el diagnóstico de confirmación es histológico.

Los pacientes asintomáticos o con mínimos síntomas no requieren tratamiento mientras que los pacientes con evidencia clínica precisan tratamiento quirúrgico. Dentro de las diversas técnicas quirúrgicas, la pilorectomía con gastrectomía mínima es la que parece obtener mejores resultados. También se ha descrito el tratamiento endoscópico mediante dilataciones pilóricas, pero este tiene una alta tasa de recurrencia y debe emplearse únicamente en casos seleccionados (pacientes con alto riesgo quirúrgico o que rechacen la cirugía)²⁻⁴.

Bibliografía

1. Keynes WM. Simple and complicated hypertrophic pyloric stenosis in the adult. *Gut*. 1965;6:240-52.
2. Zúñiga SR. Estenosis pilórica hipertrófica en el adulto. *Rev Med Hondur*. 1979;47:37-42.
3. North JP, Johnson JH Jr. Pyloric hypertrophy in the adult. *Ann Surg*. 1950;131:316-29.
4. Hellan M, Lee T, Lerner T. Diagnosis and therapy of primary hypertrophic pyloric stenosis in adults: Case report and review of literature. *J Gastrointest Surg*. 2006;10:265-9.

Ana Belén Fernández Laso^{a,*}, Idoia Ganchegui Aguirre^a, Amaia Campos Ruiz^a, Leire Urtasun Arlegui^a, Irati Gorroño Zamalloa^a, Candido Martinez Blazquez^b, Maria Elena Carreter De Granda^c, Maria Begoña Atares Pueyo^d y Aitor Orive Calzada^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Araba, Vitoria-Gasteiz, Araba, España

^b Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Araba, Vitoria-Gasteiz, Araba, España

^c Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de Araba, Vitoria-Gasteiz, Araba, España

^d Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Araba, Vitoria-Gasteiz, Araba, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anabelen.fernandez.laso@gmail.com (A.B. Fernández Laso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.02.011>

Tuberculosis intestinal y peritoneal en paciente no inmunodeprimido



Intestinal and peritoneal tuberculosis in a non-immunocompromised patient

Sr. Director:

La afectación intestinal en la tuberculosis es rara, siendo la zona ileocecal la más frecuentemente afectada¹. Está aumentando por el VIH, por las enfermedades renales crónicas, por la terapia con inmunosupresores y por la inmigración^{1,2}. Es la gran simuladora, y supone un reto diagnóstico¹.

Presentamos el caso de una mujer de 67 años, española, con antecedentes personales de hipotiroidismo y estreñimiento crónico. Ha ingresado en 3 ocasiones por abdominalgia en los últimos 2 meses. Refiere abdominalgia posprandial, vómitos y estreñimiento de 5 días de evolución. Afebril. Pérdida de peso no cuantificada.

A la exploración presenta un abdomen ligeramente distendido, timpanizado, doloroso de forma generalizada, sin signos de irritación peritoneal, sin masas ni megalias y ruidos hidroaéreos disminuidos.

En las exploraciones complementarias, presenta una analítica de sangre normal y radiografía de abdomen con dilatación de asas de intestino delgado, con niveles hidroaéreos. Se realiza un *scanner* abdominal en el que muestra una dilatación de yeyuno terminal e íleon con engrosamiento de la pared del ciego, y cambio de calibre a nivel del íleon terminal, con pequeñas adenopatías en la grasa adyacente y en la raíz del mesenterio. Se realiza colonoscopia en la que se muestra una válvula ileocecal edematizada y deformada, con úlceras milimétricas fibrinadas, y en los últimos centímetros de íleon terminal, mucosa eritematosa y lesiones aftoides de pequeño tamaño, en los que se toman biopsias.

La paciente presenta empeoramiento clínico, por lo que se realiza laparotomía exploradora, con hallazgos de múltiples implantes peritoneales de aspecto miliar con engrosamiento segmentario de íleon (fig. 1). El resultado histológico de las biopsias de íleon fue de ileítis crónica granulomatosa necrosante, y los implantes peritoneales y adenopatía mesentérica de granulomas necrosantes con necrosis caseosa (fig. 2). La tinción de Ziehl-Neelsen y el cultivo fueron negativos, con PCR positiva para *M. tuberculosis*. El test de Mantoux resultó positivo, aunque la paciente había sido vacunada en la infancia por BCG, pero con interferón gamma positivo, lo que indica tuberculosis latente. La

radiografía de tórax fue normal y el estudio del VIH y de virus hepatotropos, negativos.

Se inició tratamiento antituberculostático con cuádruple terapia, con mejoría progresiva.

El diagnóstico de tuberculosis intestinal es difícil en los pacientes inmunocompetentes, como es nuestro caso, y aún más sin evidencia de enfermedad pulmonar. Solo en el 20% de los casos de tuberculosis intestinal, el pulmón se encuentra involucrado¹. La tuberculosis peritoneal representa entre el 1-3% de todos los casos de enfermedad tuberculosa³.

En nuestro caso, la enfermedad comenzó con cuadros suboclusivos, debiéndose considerar en el diagnóstico dife-



Figura 1 Imagen de asas de íleon, tras laparotomía exploradora: múltiples implantes miliars en la pared de íleon y en meso.

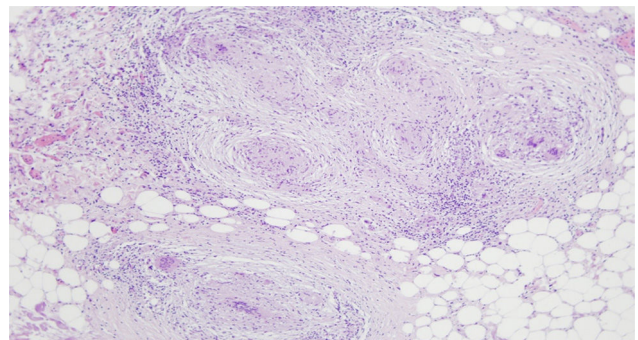


Figura 2 Granulomas necrosantes, con necrosis caseosa central rodeada de células gigantes multinucleadas.