



CASO CLÍNICO

Píloro doble: de lo cotidiano a lo extraordinario; reporte de caso y revisión de la literatura



Nelson López-Casillas^{a,*} y Ramón López-Gaxiola^b

^a Servicio de Cirugía General, Hospital General Regional N.º 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Obregón, Sonora, México

^b Servicio de Endoscopia, Hospital de Especialidades Luis Donaldo Colosio Murrieta N.º 2, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Obregón, Sonora, México

Recibido el 14 de febrero de 2017; aceptado el 11 de abril de 2017

Disponible en Internet el 20 de mayo de 2017

PALABRAS CLAVE

Píloro doble;
Úlcera péptica;
Helicobacter pylori

Resumen

Antecedentes: El píloro doble constituye un hallazgo endoscópico extremadamente raro, siendo más frecuente en pacientes que padecen enfermedad ulcerosa péptica. Corresponde a una comunicación anormal entre el antro gástrico y el bulbo duodenal, que puede llegar a requerir tratamiento quirúrgico.

Caso clínico: Mujer de 86 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, así como ingesta crónica de AINE, portadora de enfermedad ácido-péptica de larga evolución con poca respuesta al manejo médico con bloqueadores H₂, la cual presenta sangrado de tubo digestivo durante 5 días caracterizado por hematemesis y melena, así como pirosis, náuseas, sin pérdida ponderal; por este motivo se realiza endoscopia digestiva alta la cual reporta como hallazgos: gastritis erosiva crónica activa secundaria a AINE y asociada a *Helicobacter pylori*, así como píloro doble adquirido secundario a enfermedad ácido-péptica, sin evidencia de tumores u otras lesiones asociadas. Se inicia esquema de erradicación para *H. pylori* con amoxicilina y claritromicina durante 14 días, asociados a inhibidor de bomba de protones durante 6-8 semanas con buena respuesta al manejo médico.

Discusión: El píloro doble adquirido es una rara complicación de úlcera péptica que puede ser asociada a otras enfermedades, AINE y a la colonización por *H. pylori*, por lo tanto el adecuado tratamiento consistirá en la corrección de esos factores.

© 2017 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drnelsonlc@live.com (N. López-Casillas).

KEYWORDS

Double pylorus;
Peptic ulcer;
Helicobacter pylori

Double pylorus: From the everything to the extraordinary; case report and literature review**Abstract**

Background: The double pylorus is an extremely rare endoscopic finding, being more frequent in patients suffering from peptic ulcer disease. It corresponds to an abnormal communication between the gastric antrum and the duodenal bulb, which may require surgical treatment.

Clinical case: A 86-year-old woman with a history of type 2 diabetes mellitus, hypertension and chronic NSAID intake, a carrier of long-term peptic acid disease with poor response to medical management with H2 blockers. This presents digestive tube bleeding for 5 days characterized by hematemesis and melena, as well as heartburn, nausea, without weight loss, reason why high digestive endoscopy is performed, which reports as findings: active chronic erosive gastritis secondary to NSAIDs and associated with *Helicobacter pylori*, as well as acquired double pylorus secondary to peptic acid disease, without evidence of tumors or other associated lesions. Eradication scheme begins for *H. pylori* with amoxicillin and clarithromycin for 14 days, associated with a proton pump inhibitor for 6-8 weeks with good response to medical management.

Discussion: The acquired double pylorus is a rare complication of peptic ulcer disease that can be associated with other diseases, NSAIDs and colonization by *H. pylori*, therefore the appropriate treatment will consist in the correction of these factors.

© 2017 Sociedad de Cirujanos de Chile. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El píloro doble es una afección rara que consiste en una fístula gastroduodenal que se extiende desde el antro gástrico hasta el bulbo duodenal a través de un conducto accesorio. La mayoría se debe a una complicación de la úlcera péptica; sin embargo, también puede ser congénito. Por lo general se presenta en la curvatura menor del antro gástrico y en una pared superior del bulbo duodenal. Es comúnmente un hallazgo endoscópico, ya que la presentación clínica es similar a otras enfermedades pépticas¹⁻³. En la mayoría de los pacientes, el píloro doble responde bien al tratamiento médico con antagonistas de H₂, antiácidos o inhibidores de la bomba de protones, independientemente de si la fístula permanece o no presente⁴.

Caso clínico

Presentamos el caso de mujer de 86 años de edad con antecedentes personales patológicos de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial e ingesta crónica de AINE, portadora de enfermedad ácido-péptica de larga evolución con poca respuesta al manejo médico con bloqueadores H₂.

Inició su padecimiento 5 días previos a su ingreso con hematemesis y melena en aproximadamente 4-5 ocasiones al día; refirió asimismo pirosis y náuseas, negando pérdida ponderal. Fue manejada en el servicio de urgencias con soluciones cristaloides e inhibidor de bomba de protones en infusión para 24h, por datos de choque, respondiendo al manejo conservador durante su estancia en dicho servicio.

Signos vitales: PA de 100/60; FC de 94 lpm; FR de 20 rpm; temp. de 37°C. A la exploración física se encontró mujer de edad aparente a la cronológica, orientada en persona y espacio, cooperadora, piel y tegumentos con palidez++;

diaforética, cavidad oral con mucosa subhidratada; abdomen plano, depresible, peristalsis aumentada en frecuencia, sin dolor a la palpación superficial ni profunda, sin datos de irritación peritoneal, sin megalias o masas palpables, extremidades íntegras, sin edema, con buen llenado capilar.

Los estudios de laboratorio reportaron una hemoglobina de 7,2, hematocrito del 23%, leucocitosis de 13.200/mm³ con desviación a la izquierda, plaquetas de 153.000, glucosa de 82 g, urea de 33,1, creatinina de 0,8, hemotipo A Rh+, TP de 16,2 s, TTP de 35,5 s.

Se realizó transfusión de un paquete globular, así como endoscopia al día siguiente de su ingreso, por cuadro compatible con sangrado de tubo digestivo alto, encontrándose como hallazgos: hernia hiatal de 3 cm sin esofagitis, gastritis erosiva crónica activa de fondo, cuerpo y antro (fig. 1) secundaria a AINE y asociada a *Helicobacter pylori* por biopsia, a la cual se realizó prueba rápida de la ureasa y posteriormente fue confirmada por análisis histopatológico, así como presencia de píloro doble adquirido secundario a enfermedad ácido-péptica (fig. 2); no hubo evidencia de tumores u otras lesiones asociadas (video). Se inició esquema de erradicación para *H. pylori* con amoxicilina y claritromicina durante 14 días, asociados a inhibidor de bomba de protones durante 6-8 semanas con buena respuesta al manejo médico. Se realizó control endoscópico a las 8 semanas, el cual mostró remisión de la gastropatía erosiva y de los síntomas posteriormente al manejo médico, así como biopsias con *H. pylori* negativo.

Discusión

El píloro doble constituye una rara afección gastrointestinal; su prevalencia es del 0,06-0,4%, y es más frecuente

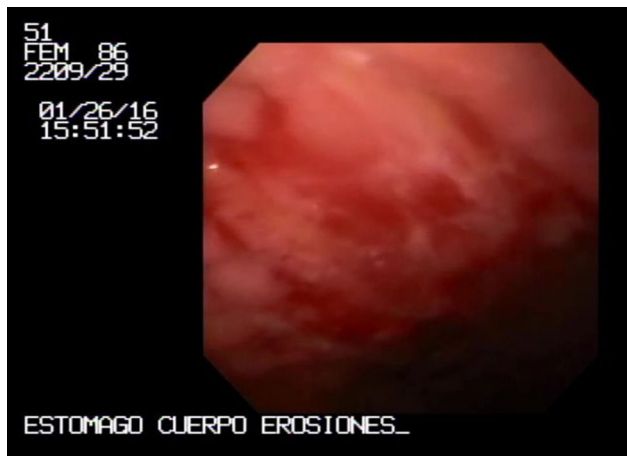


Figura 1 Gastritis erosiva activa de cuerpo y antro.

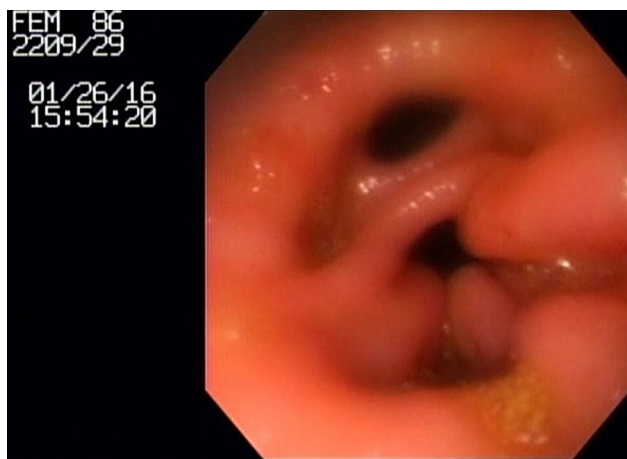


Figura 2 Píloro doble adquirido secundario a enfermedad ácido-péptica.

en varones, en una relación de 2:1. Se ha reportado una incidencia de alrededor del 0,08% en un análisis de 2.500 endoscopias digestivas altas⁵. En otra serie reciente sobre 102.958 gastroscopias se encontraron 20 casos⁶. Existen varios sinónimos de píloro doble, como son fístula gastroduodenal⁷, doble canal pilórico⁸, membrana pilórica⁹ y diafragma pilórico.

El primer caso presentado en la literatura americana fue reportado por Smith y Tuttle en 1969 como una banda congénita¹⁰.

Alrededor de 100 casos han sido reportados en el mundo; la mayoría de los pacientes son europeos y asiáticos, 6 casos han sido reportados en Estados Unidos y 2 en Latinoamérica¹¹.

Consiste en una comunicación fistulosa entre el antro gástrico y el bulbo duodenal, generalmente entre la curvatura menor del antro y la porción superior del píloro^{12,13}.

El píloro doble puede ser congénito o adquirido. La variedad congénita es extremadamente rara. El píloro doble adquirido es una complicación de la enfermedad ulcerosa péptica. Rokitsky sugiere que el nuevo canal está formado por 2 úlceras separadas, una en la curvatura menor del estómago y otra en el duodeno, que se erosionan una hacia la otra, dando como resultado la formación de un canal^{6,14}.

El píloro y la fístula son separados por un tabique o un puente, el cual es también usualmente el sitio de formación de la úlcera⁶.

Muchos pacientes con píloro doble adquirido tienen una larga historia de enfermedad ulcerosa péptica y/o uso de AINE. Algunos pacientes tienen múltiples endoscopias que muestran un único y normal canal pilórico con úlceras en el estómago o duodeno. Interesantemente, algunos pacientes con enfermedad ulcerosa péptica reportada alivian sus síntomas después de la formación de la fístula¹⁵.

La mayoría de los pacientes en los que se desarrolla píloro doble tienen doble píloro a pesar de estar en tratamiento antisecreto. La razón de la mala curación a pesar del tratamiento no está clara.

La mala cicatrización puede deberse a la falta de apego al tratamiento, a la no disponibilidad de medicamentos o a la utilización de medicamentos ulcerogénicos como los AINE. También se ha reportado que varias enfermedades sistémicas, incluyendo la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la enfermedad renal crónica, la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico, están asociadas con píloro doble^{3,4,16,17}.

El píloro doble tiene un aspecto característico en los estudios de doble contraste, pero puede ser mal interpretado como pólipos, tumores o grandes pliegues mucosos¹⁵.

La endoscopia es generalmente el método de visualización preferido. En la mayoría de los casos, el píloro doble se encuentra incidentalmente durante la evaluación endoscópica de dolor abdominal, anemia o melena como en nuestra paciente. En la endoscopia, se visualiza un canal accesorio de dimensiones variables sin movimientos peristálticos. El canal accesorio puede medir de unos pocos milímetros a varios centímetros.

El endoscopio se debe introducir por separado a través de ambos canales para confirmar el diagnóstico. La terapia debe centrarse en la eliminación de factores que afectan la cicatrización de la mucosa. Se deben evitar los medicamentos ulcerogénicos, como los AINE o los corticosteroides. Se debe investigar la infección por *H. pylori*, ya que se ha demostrado que es común en el doble píloro, con una reducción de los síntomas después del tratamiento de la infección con triple terapia⁶.

Incluso con cursos repetidos de terapia antisecreto, la tasa de cierre de la fístula es muy baja. Todavía no se sabe si la convergencia de 2 canales conlleva algún beneficio. La intervención quirúrgica debe reservarse para los casos refractarios o para la obstrucción de la salida gástrica debido a la formación recurrente de la úlcera, en los cuales debe considerarse la gastrectomía distal, lo cual ocurre en el 20% de los pacientes⁶.

En este artículo se describe el caso de una mujer con píloro doble adquirido, con enfermedades comúnmente asociadas y relacionado con infección por *H. pylori* e ingesta crónica de AINE.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.rchic.2017.04.005](https://doi.org/10.1016/j.rchic.2017.04.005).

Bibliografía

1. Cappelletti F, Recchia S, Bonardi L, Rizzetto M, Verme G. Gastroduodenal fistula complicating a prepyloric ulcer. *Gastrointest Endosc.* 1983;29:111–3.
2. Engle RB. Tunnel ulcer with double pyloric canal 1. *Radiology.* 1975;116:323–4.
3. Hegedus V, Poulsen PE, Reichardt J. The natural history of the double pylorus. *Radiology.* 1978;26:29–34.
4. Hu TH, Tai DI, Changchien CS, Chen TY, Chang WC. Double pylorus: Report of a longitudinal follow-up in two refractory cases with underlying diseases. *Am J Gastroenterol.* 1995;90:815–8.
5. Kothandaraman KR, Kutty KP, Hawken KA, Barrowman JA. Double pylorus in evolution. *J Clin Gastroenterol.* 1983;5:335–8.
6. Hu TH, Tsai TL, Hsu CC, Lu SN, Hsiao M, Changchien CS. Clinical characteristics of double pylorus. *Gastrointest Endosc.* 2001;54:464–70.
7. Farack U, Goresky C, Jabbar M, Kinnear D. Double pylorus: A hypothesis concerning its pathogenesis. *Gastroenterology.* 1974;66:596–600.
8. Marcote Valdivieso E, Baltasar Torrejón A, Vidal Ruiz J, Andreo Hernández L, Pérez Serra J. Doble canal pilórico. *Cir Esp.* 1989;45:916–21.
9. Drapkin R, Otsuka A, Castellanos H, Hindi S, Levitan R. Acquisition of a pyloric septum or pyloric duodenal fistula. *Gastroenterology.* 1974;66:1234–6.
10. Smith VM, Tuttle KW. Gastroduodenal (pyloric) band. *Gastroenterology.* 1969;56:331–6.
11. Atiq O, Abrams GA. Case study in gastroenterology & hepatology: An uncommon complication of peptic ulcer disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2014;10:333–4.
12. Lee TH, Park SH. Double pylorus secondary to recurrent ulcer: Serial endoscopy follow up. *Endoscopy.* 2008;40:E226.
13. Czajkowski A, Rosołowski M, Lukaszuk A. Double pylorus: Strong evidence for the acquired etiology of this rare abnormality. *Endoscopy.* 2007;39 Suppl. 1:E84.
14. Rokitsky CV. *Lehrbuch der Pathologische Anatomie.* Vienna, Austria: Braumüller and Siedel; 1861.
15. Bennike S, Hegedüs V. The double pylorus. *Br J Radiol.* 1976;49:90–2.
16. Polloni A, Marchi S, Bellini M, Costa F, Bonifazi V, Tumino E., et al. Double pylorus: Report of two cases and review of the literature. *Ital J Gastroenterol.* 1991;23:360–3.
17. Minoli G, Terruzzi V, Levi C, Pezzi WL, Rossini A. Acquired double pylorus or gastroduodenal fistula: Report of a case and review of the literature. *Digestion.* 1981;21:1–5.