

J. Antón-Pacheco Sánchez, I. Cano
Novillo, E.M. Pertejo, A. Vilarriño
Mosquera, P. Urruzuno Tellería

An Esp Pediatr 1997;46:493-494.

Obstrucción pilórica secundaria a úlcera gástrica: A propósito de dos casos

Introducción

La causa más frecuente de obstrucción pilórica en la edad pediátrica es la estenosis hipertrófica del píloro en el lactante (EHPL)^(1,2). Las obstrucciones pilóricas secundarias a enfermedad ulcerosa son frecuentes en el adulto y excepcionales en el paciente pediátrico^(1,3). Presentamos dos casos de estenosis pilórica secundaria a úlcera prepilórica tratados quirúrgicamente con buenos resultados.

Observación clínica

Caso 1: Varón de 18 meses, sin antecedentes personales de interés, que presenta vómitos alimenticios después de las tomas, de un mes de evolución. En la exploración física se observa aspecto malnutrido, siendo la palpación abdominal normal. Las pruebas de laboratorio no mostraron alteraciones. En el tránsito gastroduodenal hubo retraso en la eliminación del contraste, sin evidencia de reflujo gastroesofágico. La ecografía abdominal demostró un canal pilórico alargado con pared engrosada (Fig. 1). Realizamos endoscopia digestiva superior en la cual comprobamos la existencia de una lesión ulcerativa residual prepilórica, no pudiéndose visualizar nítidamente el píloro. Se intervino quirúrgicamente con el diagnóstico de estenosis pilórica. En la cirugía no se observó hipertrofia del píloro y se realizó piloroplastia según técnica de Heineke-Mikulicz. La evolución ha sido favorable en los cuatro años de seguimiento.

Caso 2: Varón de 2 años de edad, con antecedente de ingesta de salicilato (125 mg), que acude a urgencias por presentar vómitos de contenido hemático de 24 horas de evolución. La exploración física fue normal. Los datos analíticos demostraron un descenso de 2 g en la tasa de hemoglobina, a las 48 horas del ingreso, mientras que las pruebas de función hepática fueron normales. Se practicó endoscopia digestiva que demostró la presencia de una úlcera pilórica de 0,5 cm sin sangrado activo, siendo negativos el test de la ureasa y el cultivo de biopsia antral para *Helicobacter pylori*. El paciente fue dado de alta con tratamiento de protección gástrica, consistente en ranitidina 150

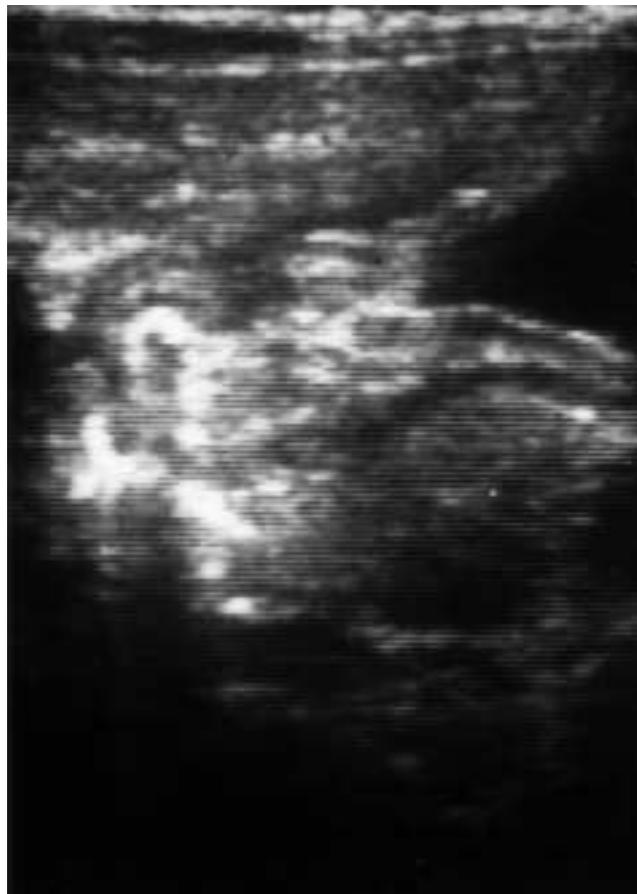


Figura 1. Imagen ecográfica del canal pilórico, engrosado y alargado.

mg/día y sucralfato 250 mg/día. Ocho días después, reingresa por presentar vómitos en periodo postprandial de contenido alimenticio. En la ecografía abdominal se observó un canal pilórico alargado, con pared engrosada de forma irregular, y estenótico. El tránsito digestivo demostró retención del contraste en estómago (Fig. 2). En la gastroscopia de control se puso de manifiesto la existencia de una estenosis pilórica (Fig. 3). Se intentó dilatación neumática del píloro en cuatro ocasiones sin resultado satisfactorio, por lo que se decidió intervenir quirúrgicamente, realizándose una piloroplastia. Dos años después de la cirugía el paciente se encuentra asintomático.

Servicio de Cirugía Pediátrica y Sección de Gastroenterología Pediátrica.
Hospital Universitario «12 de Octubre», Madrid.

Correspondencia: Dr. Antón-Pacheco, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario «12 de Octubre», Ctra. Andalucía Km. 5,4, 28041 Madrid.

Recibido: Julio 1995

Aceptado: Diciembre 1996

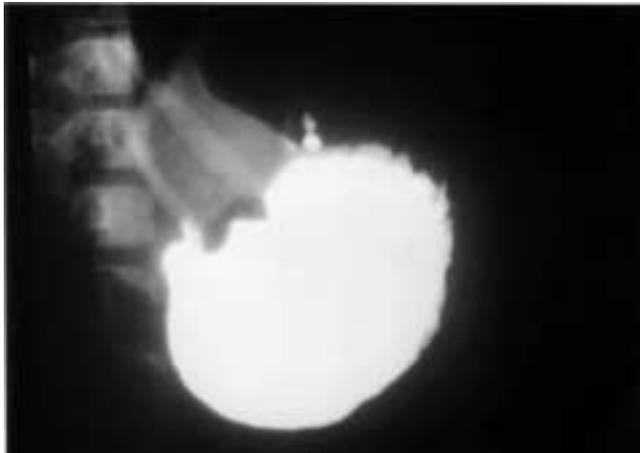


Figura 2. Retención de contraste en el tránsito digestivo superior.

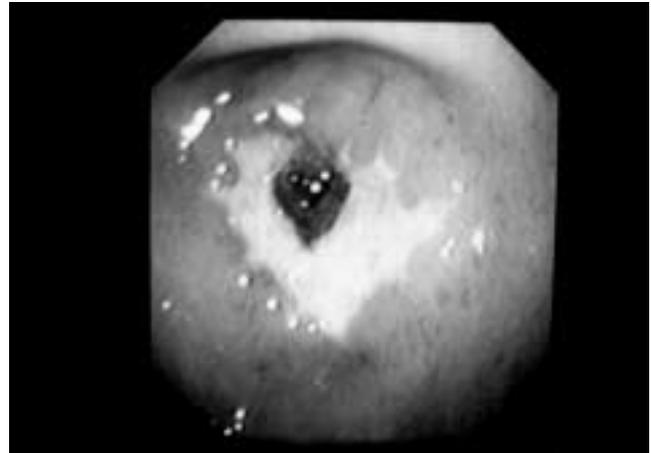


Figura 3. Imagen endoscópica de la lesión ulcerosa.

Discusión

Además de la EHPL hay otras patologías, mucho menos frecuentes, que pueden causar obstrucción pilórica. Estas pueden ser de tipo congénito (membrana y atresia pilóricas, páncreas ectópico) o bien adquirido, debido a enfermedades sistémicas (diabetes mellitus) o por fibrosis secundaria a ulceración péptica^(3,4).

En los dos casos presentados, una lesión ulcerosa en la región pilórica fue el desencadenante de la estenosis. Mientras que en el primero, remitido de otro centro hospitalario, no se pudo averiguar la causa de la úlcera, en el otro paciente parece claro que se trataba de una lesión secundaria a ingesta de gastroerosivos. El proceso por el cual se produce la estenosis no está bien definido. Es probable que en la fase aguda de la úlcera se produzca un espasmo del esfínter pilórico y posteriormente una hipertrofia de la capa muscular del píloro hasta llegar a la obstrucción⁽¹⁾.

La endoscopia digestiva es la técnica diagnóstica de elección para confirmar la existencia, localización y características de las úlceras, permitiendo observar la evolución de las mismas. Por otro lado, la ecografía es especialmente útil en la descripción de las características anatómicas del píloro en cuanto a longitud y grosor.

El tratamiento de las estenosis pilóricas ha sido tradicionalmente quirúrgico. Los procedimientos más frecuentemente utilizados en el paciente pediátrico son, la piloromiotomía en el caso de la EHPL y la piloroplastia en las demás casos de estenosis. Si la obstrucción es debida a ulceración péptica algunos autores asocian vagotomía con objeto de disminuir la secreción gástrica⁽⁵⁾. No obstante, gran parte de los pacientes pediátricos con úlcera gástrica no tienen aumentada la secreción ácido-péptica y por otro lado, la medicación antisecretora actual se muestra muy eficaz⁽⁶⁾. Otros procedimientos quirúrgicos más radicales no están indicados, por su morbilidad, en los niños⁽⁷⁾.

La dilatación endoscópica neumática se está utilizando, desde hace unos años, en el tratamiento de las estenosis pilóricas

del adulto como consecuencia de la morbilidad derivada de la cirugía, siendo efectiva a corto y medio plazo hasta en un 75% de los casos⁽⁸⁾. En el paciente pediátrico se ha empleado con resultados poco consistentes en el tratamiento de la EHPL⁽⁹⁾. A pesar de la limitada experiencia existente con este tipo de técnica endoscópica y de su ineficacia en el paciente en que la utilizamos, creemos que por su sencillez técnica, bajo índice de complicaciones y corta estancia hospitalaria requerida, debe considerarse como alternativa a la cirugía en pacientes seleccionados^(3,8,10).

Bibliografía

- 1 Takehara H, Hino M, Chikaishi H, Wada D. An unusual case of gastric outlet obstruction. *Pediatr Surg Int* 1989; **4**:134-136.
- 2 Markowitz RI, Wolfson BJ, Huff DS. Infantile Hypertrophic pyloric stenosis Congenital or acquired? *J Clin Gastroenterol* 1982; **4**:39-44.
- 3 Heymans HS, Bartelsman JW, Herwiezer TJ. Endoscopic balloon dilatation as treatment of gastric outlet obstruction in infancy and childhood. *J Pediatr Surg* 1988; **23**:139-140.
- 4 Milla PJ. Gastric outlet obstruction in children. *N Eng J Med* 1992; **327**:558-559.
- 5 Azarow K, Kim P, Shandling B, Ein S. A 45-year experience with surgical treatment of peptic ulcer disease in children. *J Pediatr Surg* 1996; **31**:750-753.
- 6 Nelson WE, Vaughan VC, McKay RJ. Tratado de Pediatría, 7^o.ed. Barcelona/Madrid: Salvat Ed, 1980; págs. 870-871.
- 7 Ashcraft KW, Holder TM. Pediatric Surgery, 2nd. ed. Filadelfia/Londres/Toronto: WB Saunders Co, 1993; págs. 297-298.
- 8 Kozarek RA, Botoman VA, Patterson DJ. Long-term follow-up patients who have undergone balloon dilatation for gastric outlet obstruction. *Gastrointest Endosc* 1990; **36**:558-561.
- 9 Tam PK, Carty H. Endoscopy-guided balloon dilatation for infantile hypertrophic pyloric stenosis. *Pediatr Surg Int* 1991; **6**:306-308.
- 10 Schmudderich W, Harloff M, Riemann JF. Through-the-scope balloon dilatation of benign pyloric stenoses. *Endoscopy* 1989; **21**:7-10.