

Imagen del mes

PÍLORO DOBLE: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

V. Méndez-Rufián (*vmr_1982@hotmail.com*), A. Benítez-Roldán, F. Pellicer-Bautista, J.M. Herrerías-Gutiérrez

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción

El doble píloro constituye un hallazgo endoscópico, siendo más frecuente en pacientes que han padecido enfermedad ulcerosa péptica. Es una comunicación anormal entre el antro gástrico y el bulbo duodenal, que puede llegar a necesitar tratamiento quirúrgico¹.

CASO CLÍNICO

Mujer de 65 años de edad sin antecedentes de interés. Remitida por su médico de Atención Primaria a consultas de Aparato Digestivo por síntomas típicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico: pirosis y regurgitación. Se realiza endoscopia digestiva alta en la que se describe una úlcera de canal pilórico y una fístula gastroduodenal o doble píloro (Figuras 1-2). El test de la ureasa antral (CLOtest) fue positivo y se pautó tratamiento erradicador de *Helicobacter Pylori* (HP) con la triple terapia omeprazol, amoxicilina y claritromicina durante siete días, el cual no fue efectivo. A pesar de ello, la paciente mejoró clínicamente, y en un control endoscópico posterior había desaparecido la úlcera descrita previamente, persistiendo la fístula gastroduodenal (Figura 3).

Discusión

El doble píloro constituye un hallazgo endoscópico extremadamente raro, con una prevalencia que oscila entre 0.02 y 0.4%, más frecuente en hombres, con una relación 2:1¹⁻⁴. Existen varios sinónimos de doble píloro, como son fístula gastroduodenal, doble canal pilórico, membrana pilórica y diafragma pilórico⁴.

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 píloro²⁻³. En cuanto a su etiología, puede ser congénito, pero lo más frecuente es que sea adquirido, secundario a una úlcera péptica.

El doble píloro puede permanecer durante toda la vida, o se cierra o conecta con el canal pilórico verdadero



Figura 1



Figura 2



Figura 3

formando un único canal³. Algunos pacientes experimentan alivio de los síntomas de su enfermedad ulcerosa después de formarse la fístula, otros mantienen los síntomas. Generalmente la respuesta al tratamiento es tortuosa y no está demostrado que el tratamiento medicamentoso logre cerrar el trayecto fistuloso en todos los pacientes. Se ha encontrado coincidencia en algunos casos de doble píloro y HP, con respuesta a la triple terapia. El tratamiento quirúrgico puede ser la opción definitiva para los pacientes que no responden o con mala respuesta al tratamiento antiulceroso¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-López R, Díaz-Canel, O, Ruíz-Torres J, Anido-Escobar V, Martínez-Lamela Y, Brizuela-Quintanilla R. Píloro Doble. Hospital Universitario "General Calixto García" Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Enero 2005.
2. Lee TH, Park SH. Double Pylorus secondary to recurrent ulcer: serial endoscopy follow up. *Endoscopy* 2008; 40:E226.
3. Czajkowski A, Rosołowski M, Lukaszuk A. Double pylorus: strong evidence for the acquired etiology of this rare abnormality. *Endoscopy* 2007; 39 Suppl 1:E84.
4. Piscoya A, Quispe L, Paucar H, Bussalleau A. Double pylorus; case report and review of literature. *Rev Gastroenterol Peru* 1997;17(2):166-9.

Correspondencia:

V. Méndez-Rufián (vmr_1982@hotmail.com)
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena.
Avenida Doctor Fedriani 3. 41003 Sevilla.