

IMÁGENES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

Obstrucción del tracto de salida gástrico

D. C. Balderramo

Institut Clínic de Malalties Digestives. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona

Varón de 71 años de edad que consultó por vómitos y dolor abdominal de 8 días de evolución. Presentaba antecedente de úlcera duodenal no complicada dos años previos a la consulta, por lo que había realizado tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*. Era hipertenso y ex-fumador desde hacía más de 5 años y negaba el consumo de AINE recientemente. El examen físico destacó distensión abdominal y aumento de los ruidos intestinales. La analítica mostró anemia, siendo los demás parámetros normales (tasa de gastrina sérica 105 pg/ml). Se realizó una radiografía abdominal que reveló una notable distensión gástrica (Fig. 1). La aspiración por sonda nasogástrica mostró restos alimentarios no digeridos. Posterior al lavado gástrico se realizó un tránsito esofagogastroduodenal que mostró una estenosis distal al bulbo asociada a una úlcera en la segunda porción duodenal (Fig. 2). Se inició tratamiento con pantoprazol endovenoso, nutrición parenteral total y aspiración nasogástrica. Posteriormente una fibrogastroscoopia mostró la estenosis duodenal de características benignas y la biopsia de la úlcera fue informada como úlcera péptica. El test de la ureasa fue positivo. Se realizó un TAC abdominal que no mostró hallazgos adicionales a nivel pancreático ni adenopatías. El paciente inició tolerancia oral a líquidos y se comenzó el tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*. Presentó buena evolución clínica con tolerancia oral correcta y fue dado de alta a los 21 días del ingreso.

La obstrucción del tracto de salida gástrico es la complicación menos frecuente de la úlcera péptica. La mayoría de los casos publicados se asocian a una úlcera duodenal o del canal pilórico (1). Existen varios factores reversibles implicados en el desarrollo de la obstrucción del tracto de salida gástrico: edema, espasmo, inflamación y alteración de la motilidad



Fig. 1. Radiografía abdominal. Distensión gástrica con engrosamiento de bordes gástricos (flechas).

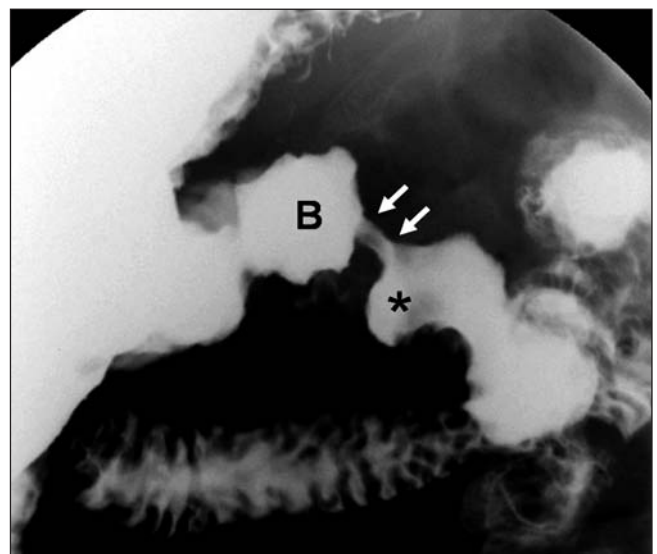


Fig. 2. Tránsito esofagogastroduodenal. Estenosis (flechas) distal al bulbo (B) y nicho ulceroso (asterisco) rodeado por edema en la segunda porción duodenal.

pilórica. El tratamiento incluye la aspiración por sonda nasogástrica y la reposición hidroelectrolítica. A pesar de ser un factor infrecuente asociado a esta complicación, la suspensión de los AINE se asocia con una clara mejoría clínica (1). El tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* cura la úlcera, resuelve la obstrucción y evita la recurrencia de la misma (2). En los pacientes que no responden favorablemente a estas medidas se puede intentar la dilatación endoscópica con balón y si esta fracasa se indicará la cirugía (3,4).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gisbert JP, Pajares JM. Review article: *Helicobacter pylori* infection and gastric outlet obstruction –prevalence of the infection and role of antimicrobial treatment. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16: 1203-8.
2. Taskin V, Gurer I, Ozyilkan E, Sare M, Hilmioğlu F. Effect of *Helicobacter pylori* eradication on peptic ulcer disease complicated with outlet obstruction. *Helicobacter* 2000; 5: 38-40.
3. Lam YH, Lau JY, Fung TM, Ng EK, Wong SK, Sung JJ, et al. Endoscopic balloon dilation for benign gastric outlet obstruction with or without *Helicobacter pylori* infection. *Gastrointestinal Endoscopy* 2004; 60: 229-33.
4. Guzzo JL, Duncan M, Bass BL, Bochicchio GV, Napolitano LM. Severe and refractory peptic ulcer disease: The diagnostic dilemma: Case report and comprehensive review. *Dig Dis Sci* 2005; 50: 1999-2008.