



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Úlcera duodenal perforada: tratamiento endoscópico-conservador[☆]



Perforated duodenal ulcer: Endoscopic-conservative management

José Ignacio Camuña Correa^{a,*}, Javier Toledano Revenga^a, Jimena Pérez Moreno^b y César Sánchez Sánchez^c

^a Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

^b Servicio de Pediatría, Sección Hospitalización Pediátrica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

^c Servicio de Pediatría, Sección Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Infantil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Disponible en Internet el 3 de septiembre de 2021

Varón de 15 años, 63 kg, sin antecedentes relevantes, ingesta de antiinflamatorios ni historia de dolor abdominal, que acude por dolor brusco centrotorácico opresivo. Presenta defensa abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho, estando hemodinámicamente estable, con radiografía de tórax, troponinas y electrocardiograma normales.

Se realiza ecografía con engrosamiento de la pared gástrica y TAC abdominal con líquido en epigastrio y mesogastrio sin neumoperitoneo, sugerente de perforación duodenal contenida (fig. 1A). La esofagogastroduodenoscopia confirma la presencia de úlcera en bulbo duodenal de 2 cm (fig. 2A), colocándose clips aproximativos. Se toman muestras, sin evidencia de malignidad y test de ureasa

negativo. Se solicitan serologías, gastrinemia, calprotectina y autoinmunidad (anti-células parietales gástricas, ANCA, anti-factor intrínseco), siendo negativos.

Recibe tratamiento conservador con dieta absoluta, sonda nasogástrica, nutrición parenteral, omeprazol 80 mg/día y antibioterapia (cefotaxima y metronidazol) durante 14 días. En el TAC de control se aprecia burbuja de aire ectópico contenido y disminución de signos inflamatorios (fig. 1B). A los 14 días se realiza tránsito con contraste hidrosoluble, sin fugas, reiniciándose alimentación oral con buena tolerancia. Se mantiene omeprazol 40 mg/día de manera indefinida ante úlcera de origen desconocido. Las endoscopias de control (fig. 2B,C) muestran cicatrización de úlcera sin complicaciones con cultivos de mucosa gástrica sin crecimiento de *H. pylori*.

La perforación gastroduodenal es una patología poco común en pediatría, pero potencialmente grave¹. El abordaje conservador y endoscópico es una alternativa en pacientes estables con perforaciones menores o contenidas cuando se puede garantizar vigilancia estrecha en una

[☆] Presentado previamente en el I Congreso Digital AEP: «Dolor torácico opresivo en el adolescente. Si la causa no está en el corazón piensa en perforación». Noviembre 2020, online.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josecamunacorrea@gmail.com
(J.I. Camuña Correa).

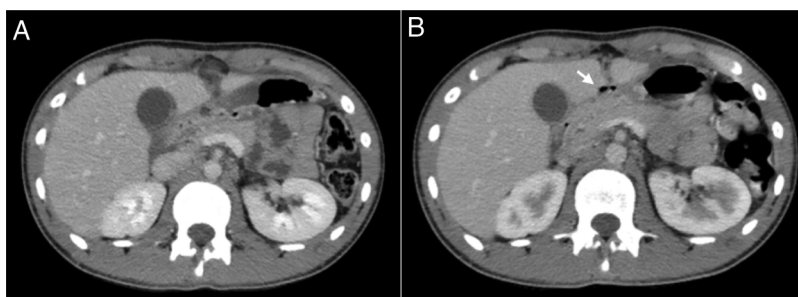


Figura 1 A) Primer TAC con contraste: bandas fluidas en epigastrio y mesogastrio. Antro, bulbo y primera porción duodenal contraídos, con pared engrosada. Sin claro neumoperitoneo. Engrosamiento de la pared vesicular. B) TAC con contraste de control día +7: burbuja de gas ectópico en epigastrio, sugerente de perforación duodenal contenida (flecha). Evolución favorable con disminución de las bandas fluidas, atenuación grasa y engrosamiento de pared, manteniéndose engrosamiento del antro-píloro.

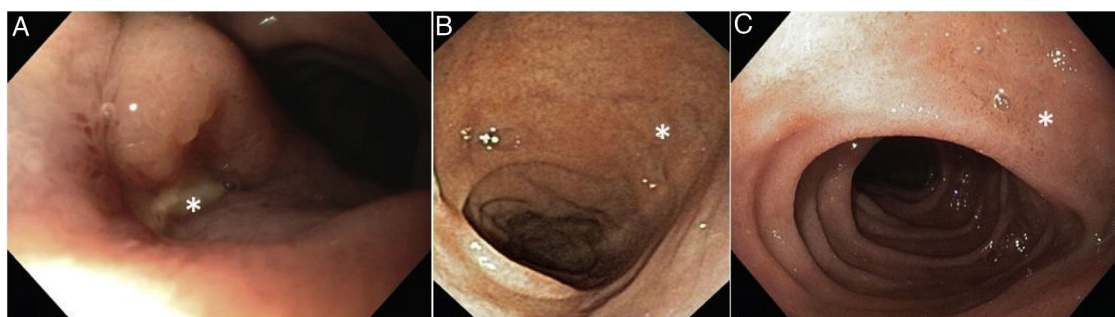


Figura 2 A) Imagen endoscópica al diagnóstico. Úlcera (asterisco) en bulbo duodenal de aproximadamente 2 cm de diámetro mayor, cubierta de fibrina, con mínimo sangrado, de bordes eritematosos y edematosos. Resto de la mucosa duodenal de aspecto normal. B) Control mes +4. Cicatrización de lesión ulcerosa previa. C) Control mes +8. Región cicatricial de úlcera previa curada.

UCI pediátrica y disponibilidad de un cirujano en caso de deterioro^{2,3}.

Bibliografía

1. Yan X, Kuang H, Zhu Z, Wang H, Yang J, Duan X, et al. Gastro-duodenal perforation in the pediatric population: A retrospective analysis of 20 cases. *Pediatr Surg Int.* 2019;35:473–7.
2. Ansari D, Torén W, Lindberg S, Pyrhönen H, Andersson R. Diagnosis and management of duodenal perforations: A narrative review. *Scand J Gastroenterol.* 2019;54:939–44.
3. Orti R, Ciria R, Torres E, Rufián S. Tratamiento conservador de la perforación duodenal: Dos casos y revisión de la literatura. *Gastroenterol Latinoam.* 2011;22:37–41.