

Úlcera duodenal gigante. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas **Giant duodenal ulcer. Diagnostic and therapeutic considerations**

José Antonio Camacho Assef¹, Benerando Sevilla Pérez², Modesto Carvajal Rodríguez³

RESUMEN

Se seleccionaron siete pacientes con diagnóstico endoscópico de úlcera duodenal gigante (UDG), la forma atípica más severa úlcera péptica. Se describen las características generales, manifestaciones clínicas, hallazgos radiológicos y endoscópicos en estos enfermos, así como las respuestas al tratamiento médico. Se demuestra que la presencia de una UDG es indicativa de cirugía a corto plazo.

Palabras clave: ULCERA DUODENAL, ULCERA PEPTICA.

- 1.- Especialista 1er Grado en Gastroenterología.
- 2.- Especialista 1er Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor.
- 3.- Especialista 1er Grado en Cirugía General. Profesor Instructor.

INTRODUCCION

Descrito por Bridezka en 1931, el término de "gigante" fue aplicado por Knutsson en 1932, para designar aquellas úlceras duodenales cuyo tamaño limitante es de 2 cm de diámetro (1-7). Lo más importante es su localización en la cara posterior del bulbo y la penetración en todas las capas del duodeno (8).

Puede ser secundaria a enfermedad úlcero-péptica, síndrome de Zollinger Ellison, invaginación yeyuno-gástrica postgastrectomía úlcera recurrente post-gastrectomía, luego de infusión intrarterial de quimioterápicos para hepatocarcinoma primario y en la ingesta prolongada y no controlada de compuestos-antiinflamatorios no esteroideos (AINE). (8).

Clínicamente hay dolor severo intratable, irradiado al dorso y con escasa o nula mejora con los antiácidos.

La hemorragia digestiva es frecuente, al igual que la penetración y la estenosis. (8).

El diagnóstico radiológico es difícil, por su tamaño y forma oval o redondeada puede confundirse con una deformidad ulcerosa bulbar. El cráter reemplaza al bulbo con la particularidad que no cambia de forma o tamaño; los pliegues pueden estar ausentes en la base de la lesión. El píloro está abierto y hay una estenosis distal a la úlcera que puede ser confundida con un píloro normal. Un dato importante es la persistencia de la imagen de depósito en la zona horas después de haber sido practicado el estudio baritado (4,6). Puede haber defectos de repleción en el seno de la lesión por trombos vasculares de los vasos en la base de la úlcera, parénquima pancreático necrótico, tejido de granulación o coágulos (6). La C duodenal puede observarse abierta por edema pancreático y se ha observado el signo del "3 invertido" debido a la compresión duodenal por el mesenterio edematizado (2).

La observación endoscópica muestra una gran lesión ulcerosa, profunda, de fondo granuloso, nodular y bordes elevados en la cara posterior del bulbo duodenal. La extensión de la lesión puede confundirse con una severa duodenitis erosiva con exudado o antiácido adherido. (8).

En el diagnóstico diferencial debe plantearse que las úlceras pépticas duodenales son benignas, sin embargo, deben diferenciarse del linfosarcoma de la primera porción duodenal, y se ha descrito que los carcinomas de vesícula, páncreas y colon derecho ocasionalmente invaden el bulbo y simulan una úlcera gigante. (4).

En relación al pronóstico, la UDG, es la variante más severa de la enfermedad péptica ulcerosa de pronóstico grave y su hallazgo implica una indicación quirúrgica. (4).

El objetivo del presente trabajo es mostrar las características generales y clínicas, así como el diagnóstico radiológico y endoscópico, en un grupo de siete pacientes portadores de UDG y hacer algunas consideraciones respecto al tratamiento.

MATERIAL Y METODO

Se seleccionaron siete pacientes con diagnóstico endoscópico de úlcera duodenal gigante, del total de endoscopias orales realizadas en el Departamento de Gastroenterología, del Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola", en el quinquenio 1990-1995.

Con el objetivo de conocer las características generales, clínicas, los hallazgos radiológicos endoscópicos y el comportamiento evolutivo de esta forma atípica de enfermedad úlcero-péptica, se aplicó el siguiente protocolo de investigación:

1.- Estudio radiológico contrastado de esófago-estómago y duodeno, para valorar la permeabilidad del canal pilórico y la sensibilidad de este estudio para diagnosticar la enfermedad.

2.- Esofagogastroduodenoscopia al ingreso y evolutiva a las 4 y 8 semanas, de realizado el estudio inicial. Para evaluar la evolución post-tratamiento médico se tomaron los siguientes criterios:

Curación: desaparición del cráter ulceroso con cicatriz o sin ella.

Disminución: cuando la úlcera disminuyó en diámetro y profundidad en más de un 50 %.

Igual: cuando no hubo cambios ostensibles en el tamaño y profundidad del cráter.

3.- Tratamiento médico con bloqueadores de los receptores H₂ (Cimetidina), a la dosis de 1 gramo diario durante 8 semanas, a partir del diagnóstico inicial.

4.- Evaluación inicial y después de realizado el tratamiento médico, destacando la persistencia de dolor y presencia de complicaciones.

Los resultados fueron expresados en tablas y porcentos.

RESULTADOS

En la tabla I, se relacionan las características generales de los pacientes estudiados, el dolor severo irradiado al dorso se encuentra presente en el 85 % de los pacientes. El 100 % de los pacientes pertenece al sexo masculino.

Los hallazgos radiológicos encontrado en nuestro grupo de estudio se muestran en la tabla II. Como puede apreciarse en esta, el estudio radiológico contrastado de esófago, estómago y duodeno tiene una sensibilidad muy baja (28 %), para diagnosticar UDG.

En la tabla III se exponen los resultados de la evolución endoscópica de los pacientes después de mantener tratamiento con bloqueadores de los receptores H₂ por espacio de 8 semanas. No se logra la curación en el 100 % de los pacientes y solamente dos pacientes (28 %), disminuyeron las dimensiones del cráter ulceroso.

En la tabla IV se reflejan las manifestaciones clínicas presentes en los pacientes estudiados, una vez concluido el tratamiento médico. Ningún enfermo estuvo libre de síntomas al finalizar el mismo. La manifestación clínica más frecuente continuó siendo el dolor abdominal intratable con irradiación al dorso.

DISCUSION

El dolor severo de localización epigástrica, irradiado al dorso, constituye el síntoma más frecuente en los enfermos con UDG, lo cual coincide con lo reportado por otros autores (2,6,8). Es precisamente la severidad e intratabilidad del dolor, una de las razones que justifican el tratamiento quirúrgico en estos enfermos. La edad promedio de presentación, de esta forma atípica y severa de enfermedad úlcero-péptica, fue de 38 años, contrariamente a lo reportado por otros autores que señalan que la UDG es más frecuente en personas de edad avanzadas. Las complicaciones (estenosis pilórica, sangramiento y penetración), son frecuentes en esta entidad, lo cual resulta plausible comprender, si

tomamos en consideración las dimensiones del cráter ulceroso, usualmente de 2 cm o más de diámetro. (8).

El estudio contrastado de esófago, estómago y duodeno, tiene muy baja sensibilidad para diagnosticar la UDG. Por su tamaño y forma oval o redondeada puede confundirse con una deformidad ulcerosa bulbar. Por lo atípico de la imagen radiológica puede simular una deformación pseudodiverticular o un divertículo verdadero. No obstante, es importante este estudio previo al acto operatorio, para valorar la existencia de estenosis del canal pilórico o estenosis post-bulbar (4).

La respuesta al tratamiento médico con Cimetidina es extremadamente pobre, como puede apreciarse en la evolución endoscópica de los enfermos. No se logró la curación en el 100 % de los pacientes y solamente dos enfermos (28 %) experimentaron mejoría endoscópica, aunque no estuvieron libre de síntomas. Estos resultados corroboran lo reportado por otros autores que señalan que la presencia de una UDG es indicativa de tratamiento quirúrgico a corto plazo. No obstante es recomendable en etapa inmediata al diagnóstico aplicar tratamiento médico con bloqueadores de los receptores H₂, para ganar tiempo y colocar al paciente en las mejores condiciones posibles para tolerar una intervención quirúrgica laboriosa y complicada (8-12).

CONCLUSIONES

- 1.- La UDG es la variante más severa de enfermedad úlcero-péptica, por su intratabilidad médica y la aparición frecuente de complicaciones.
- 2.- El diagnóstico radiológico de esta entidad resulta difícil.
- 3.- El hallazgo de UDG, implica una indicación quirúrgica a corto plazo. El tratamiento médico previo con bloqueadores de los receptores H₂, permite crear mejores condiciones para tolerar una intervención quirúrgica laboriosa y complicada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Goldin E, Peretz T, Libson E.: Giant duodenal ulcer: The hepatic intrarterial chemotherapy variant. Postgrad. Med. J. 64: 431-3, 1998.
2. Lumsden K, Mac Larnon JC, Dawson J.: Giant duodenal ulcer. Gut. 11:592-9, 1970.
3. Sleisenger M, Fordtran JS. Gastrointestinal Disease. Thir Edition, WB Saunders. 653, 1983.
4. Eaton SB, Femici JT. Radiology of the Pancreas and Duodenum. WB Saunders. 304, 1973.
5. Nikolaev NO. Characteristics of Diagnosis and Surgical Treatment of Giant Gastroduodenal Ulcers. Klin Med. 67: 74-8, 1989.
6. Kleamer TW, Mahr MM. Giant Doudenal Ulcer: A Dangerous Variant of Common Illnes. Amer J. Surg. 35: 760-2, 1978.
7. Cranford CA, Olson R, Bradley EL. Gastric Disconnection in the Management of Perforated Duodenal Ulcer. Amer. J. Surg. 155: 439-42, 1988.
8. Nelson Carrillo P. Ulcera Duodenal Gigante. Gen. Rev. Soc. Venezolana. Gastroenterología. 44(3): 243-246.
9. Nikolaev NO et al. Characteristics of Diagnosis and Surgical Treatment of Giant Gastroduodenal Ulcers. Clin Med(Mosk). 67 (9): 74-8, 1989.
10. Rotsenko AP, Zaichuk AI. Surgical Treatment of patients with Giant duodenal Ulcers. Clin Quirg. 8: 45-8, 1989.
11. Goer Iar et al.: Treatment of complicated giant duodenal ulcers. Clin. Quirg. 8:43-45,1989.
12. Miller JM.: Treatment of giant ulcer (letter). Am. J. Surg. 157 (5). 535, 1989.

ANEXOS

Tabla I. Características generales del grupo de estudio

Características generales del grupo de estudio	No	%
Edad promedio	38,1	
Sexo Masculino	7	100 %
Tiempo promedio de enfermedad ulcerosa (año)	4,6	
Dolor severo intratable	6	85 %
Sangramiento digestivo	1	14 %
Síndrome pilórico	1	14 %

Tabla II Hallazgos radiológicos en los pacientes con UDG

Hallazgos radiológicos en los pacientes con UDG	No	%
Deformidad bulbar	4	57%
Deformidad ulcerosa bulbar con imagen de nicho	2	28%
Espasticidad 2da porción duodeno	2	28 %
Esanchamiento marco duodenal	1	14%
Deformidad seudoverticular	1	14 %
Esfenosis pilórica parcial	1	14%

Tabla III. Evolución endoscópica en los pacientes con UDG

4 semanas			8 semanas		
Curación	Disminución	Igual	Curación	Disminución	Igual
-	1 (14%)	6 (85 %)	-	2	5 (71 %)

Tabla IV. Manifestaciones clínicas en los pacientes con UDG.

Síntomas	No.	%
Epigastrología con irradiación al dorso	6	85
Naúseas y/o vómitos	5	71
Acidez	5	71
Anorexia	2	28
Adelgazamiento	2	28
Melena	1	14