

ICTERICIA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A ÚLCERA DUODENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

OBSTRUCTIVE JAUNDICE SECONDARY TO DUODENAL ULCER: A CASE REPORT

ICTERÍCIA OBSTRUTIVA SECUNDÁRIA À ÚLCERA DUODENAL: RELATO DE CASO

Agustín Bianco^{1,2}, José Gabriel Yaryura Montero¹, Agustín Ricardo Gigena¹, María Laura Petersen¹, Mario Alberto Cafaro¹, Roberto Dario Cardenas Villa¹, Rogelio Adrián Traverso¹.

El siguiente trabajo: "Ictericia obstructiva secundaria a úlcera duodenal: A propósito de un caso". Aporta información sobre un caso clínico de presentación poco frecuente a cerca de un paciente que presentó cambios de coloración en piel y dolor de espalda. Los estudios que se le realizaron demostraron una úlcera al principio del intestino delgado que provocó el cambio de coloración de la piel al comprometer el conducto que permite el pasaje de bilis del hígado al intestino. Estos pacientes pueden requerir cirugía no obstante el presente caso presentó buena evolución sin requerir dicho tratamiento. Además se realizó una revisión de la bibliografía, la cual es escasa sobre dicho tema.

Conceptos clave:

- Qué se sabe al respecto:

La prevalencia de la enfermedad de úlcera péptica en los Estados Unidos se estima en 8.4%. Las complicaciones de la enfermedad ulcerosa péptica son múltiples, no obstante la manifestación mediante ictericia obstructiva es poco frecuente, pero posible. El método de preferencia para su diagnóstico es la endoscopia digestiva alta. El éxito clínico en el tratamiento médico con supresión del ácido gástrico y el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* para pacientes con enfermedad ulcerosa péptica, los ha alejado del tratamiento quirúrgico.

- Qué aporta el artículo:

Presentación de una entidad poco frecuente con manifestación atípica, optando por tratamiento médico con buena evolución. En nuestro caso consideramos que la conducta tomada y el seguimiento realizado fue el adecuado ya que el paciente no mostraba signos de inestabilidad hemodinámica o peritonitis.

1- Sanatorio Allende. Córdoba Capital; Argentina.

2- E-mail de contacto: agustinbianco.514@gmail.com

Resumen:

Introducción: Las úlceras pépticas son lesiones inducidas por el ácido que se encuentran en el estómago y el duodeno. La prevalencia de la enfermedad de úlcera péptica en los Estados Unidos se estima en 8.4%. **Objetivo:** Describir una forma de presentación atípica de úlcera duodenal complicada que ocasiona ictericia y realizar una revisión de la literatura. **Caso clínico:** Paciente masculino de 42 años, que consultó por ictericia generalizada y coluria, asociado a dolor lumbar en tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. En el laboratorio presentaba, bilirrubina total aumentada a predominio directa. Se realizó colangiografía por resonancia magnética que reveló engrosamiento duodenal, con disminución de su luz; y una tomografía computada con doble contraste, donde se objetivó engrosamiento en las paredes duodenales, sin fuga de contraste oral. Posteriormente se realizó una video-endoscopia digestiva alta donde se objetivó una úlcera en bulbo duodenal de 30mm. El paciente presentó buena evolución con tratamiento médico, siendo otorgada el alta al quinto día de internación. **Discusión:** La ictericia puede ser ocasionada por una úlcera duodenal que ocasione la obstrucción del conducto biliar común. El tratamiento médico puede realizarse en pacientes seleccionados. En el presente caso se decidió optar por el tratamiento médico dado que el paciente presentaba estabilidad hemodinámica, sin signos de peritonitis generalizada, con estudios complementarios en favor de una úlcera duodenal contenida sin aire libre. **Conclusión:** Nos encontramos ante un caso de úlcera duodenal complicada con ictericia que presentó buena evolución con tratamiento médico.

Palabras clave: úlcera duodenal; ictericia; cirugía; endoscopia; dolor de la región lumbar.

Abstract:

Introduction: Peptic ulcers are acid-induced lesions found in the stomach and duodenum. The prevalence of peptic ulcer disease in the United States is estimated to be 8.4%. **Objective:** Describe an atypical presentation of complicated duodenal ulcer that causes jaundice and review the literature. **Case presentation:** A 42-year-old male patient, who consulted for generalized jaundice and coluria, associated with low back pain treated with non-steroidal anti-inflammatory drugs. In the laboratory, total bilirubin increased to direct prevalence. A magnetic resonance cholangiography was performed that revealed duodenal thickening, with a decrease in its lumen; and a double contrast computed tomography, where thickening of the duodenal walls was observed, without oral contrast leakage. Subsequently, an upper digestive video-endoscopy was performed where a 30 mm duodenal bulb ulcer was observed. The patient presented good evolution with medical treatment, being discharged on the fifth day of hospitalization. **Discussion:** Jaundice can be caused by a duodenal ulcer that causes obstruction of the common bile duct. Medical treatment may specify in selected patients. In the present case, it was established to opt for medical treatment since the patient presented hemodynamic stability, without signs of generalized peritonitis, with complementary studies in favor of a contained duodenal ulcer without free air. **Conclusion:** We are dealing with a case of duodenal ulcer complicated with jaundice that presented good evolution with medical treatment.

Keywords: duodenal ulcer; jaundice; surgery; endoscopy; low back pain.

Resumo

Introdução: As úlceras pépticas são lesões induzidas por ácido encontradas no estômago e no duodeno. A prevalência de úlcera péptica nos Estados Unidos é estimada em 8,4%. **Objetivo:** Descreva uma apresentação atípica da úlcera duodenal complicada que causa icterícia e revise a literatura. **Caso clínico:** Paciente do sexo masculino, 42 anos, consultado para icterícia e colúria generalizada, associado à dor lombar tratada com anti-inflamatórios não esteróides. No laboratório, a bilirrubina total aumentou para a prevalência direta. Foi realizada colangiografia por ressonância magnética que revelou o espessamento duodenal, com diminuição de seu lúmen; e tomografia computadorizada com duplo contraste, onde se observou o espessamento das paredes duodenais, sem vazamento de contraste oral. Posteriormente, foi realizada uma videoendoscopia digestiva alta, onde foi observada uma úlcera com bulbo duodenal de 30 mm. O paciente apresentou boa evolução com tratamento médico, recebendo alta no quinto dia de internação. **Discussão:** A icterícia pode ser causada por uma úlcera duodenal que causa obstrução do ducto biliar comum. O tratamento médico pode ser realizado em pacientes selecionados. No presente caso, optou-se pelo tratamento médico, pois o paciente apresentava estabilidade hemodinâmica, sem sinais de peritonite generalizada, com estudos complementares a favor de uma úlcera duodenal contida sem ar livre. **Conclusão:** Estamos lidando com um caso de úlcera duodenal complicada com icterícia que apresentou boa evolução com tratamento médico.

Palavras-chave: úlcera duodenal; icterícia; cirurgia; endoscopia; dor lombar.

Recibido: 2020-08-03 Aceptado: 2021-03-29

DOI: <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n2.29786>



© Universidad Nacional de Córdoba

Introducción

Las úlceras pépticas son lesiones inducidas por el ácido que se encuentran en el estómago y el duodeno, que se caracterizan por la mucosa despulida con un defecto que se extiende hacia la submucosa o la muscularis propia¹.

La prevalencia de la enfermedad de úlcera péptica (EUP) en los Estados Unidos se estima en 8.4%, con mayor asociación al sexo masculino, edad avanzada y afecciones crónicas².

Los factores de riesgo para el desarrollo EUP incluyen consumo de alcohol, infección por *Helicobacter pylori*, fumar tabaco, consumo de cocaína y anfetaminas, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), síndrome de Zollinger-Ellison, tratamientos oncológicos y cirugía bariátrica³.

La sintomatología de la EUP, similar a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), incluye epigastralgia y dolor referido a la espalda u hombro izquierdo. Como particularidad en la sintomatología de la úlcera duodenal no complicada, los pacientes refieren sensación de hambre o dolor abdominal nocturno asociado con la secreción circadiana de ácido gástrico³.

El objetivo de este artículo es describir una forma de presentación atípica de úlcera duodenal complicada que ocasiona ictericia por afección de la vía biliar extrahepática y realizar una revisión de la literatura.

Material y Métodos

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino de 42 años sin antecedentes patológicos previos ni hábitos tóxicos. Consultó en guardia central por presentar ictericia

generalizada y coluria de 24 horas de evolución, además refiere dolor lumbar de 60 días de evolución que migra hacia hipocondrio derecho, por lo cual se encontraba en tratamiento intermitente con antiinflamatorios no esteroideos (AINES), no presentó náuseas, vómitos diarrea ni otro síntoma gastrointestinal. Al examen físico presentaba signos vitales dentro de parámetros normales, ictericia generalizada, a nivel abdominal no se palpaban visceromegalias, tampoco refería dolor a la palpación. Como hallazgos positivos en el laboratorio presentaba un recuento de leucocitos de 11.200mil/mm³ (ref: 4-8 mil/mm³) con 74% de neutrófilos, bilirrubina total de 7,80 mg/dl(ref: hasta 1,20 mg/dl) a predominio directa de 5,67 mg/dl (ref: hasta 0,30 mg/dl), aspartato aminotransferasa (GOT) 630U/l (ref:10-40 U/l), transaminasa glutámico pirúvica (GPT) 1240U/l (ref:10-40 U/l), gamma glutamil transpeptidasa (GGT) 589 U/l (ref:8-61 U/l), fosfatasa alcalina (FAL) 189U/l (ref:40-130 U/l); el resto de los parámetros bioquímicos se encontró dentro de valores normales incluyendo enzimas pancreáticas, y marcadores tumorales CEA y CA19-9. Se solicitó ecografía abdominal que evidenció una vesícula biliar de forma y tamaño normal, con pared 4 mm, litiasis única libre en su interior de 23x17mm, el colédoco presentó un diámetro menor a 4mm. Posteriormente se realizó colangiografía por resonancia magnética (CRM) que reveló engrosamiento duodenal, con disminución de su luz, sin dilatación de vía biliar ni imágenes de resta en su interior (Figura 1A).

Ante la posibilidad de malignidad, se realizó tomografía computada (TC) con contraste endovenoso y oral, donde se objetivó engrosamiento de las paredes del duodeno a nivel de la primera y segunda porción, sin fuga de contraste oral no pudiéndose diferenciarse entre patología neoplásica o úlcera infiltrante, además se evidenció adenomegalia preduodenal de 9mmx12mm (Figura 1B).

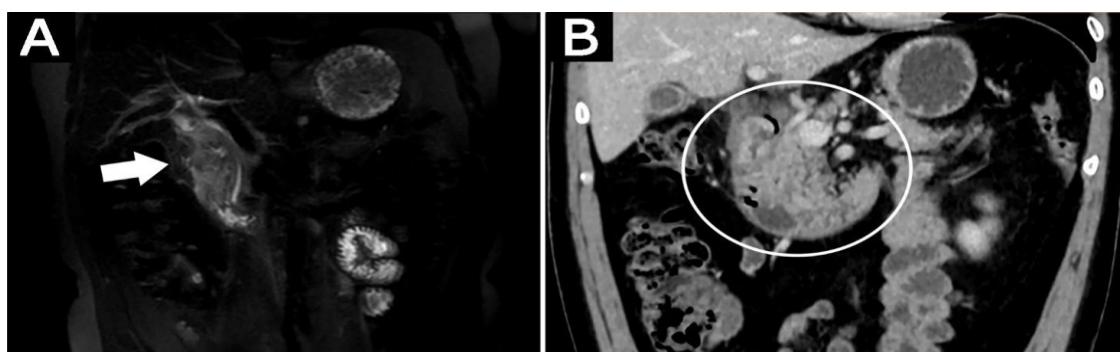


Figura N° 1. A: RM coronal: Inflamación periduodenal que se extiende a lo largo de la vía biliar (flecha blanca). B: TC coronal: Engrosamiento duodenal (círculo blanco).

Se decidió internación del paciente en sala común para realizar tratamiento médico, que consistió en antibioticoterapia con ampicilina-sulbactam 3 gramos cada 6 horas, omeprazol endovenoso 40 miligramos cada 12 horas y reposo digestivo. Al primer día de internación se realizó una video-endoscopia digestiva alta (VEDA) donde se objetivó en bulbo duodenal, sobre cara anterior, una úlcera de 30mm de diámetro, de bordes irregulares y con base de

fibrina en su interior, sin signos de sangrado activo ni reciente. Se realizó toma de biopsias de la lesión y en el resultado anatomopatológico no se demostraron signos de malignidad, sino cambios reactivos, además la presencia de *Helicobacter pylori* fue descartada.



Figura N° 2: VEDA: Lecho ulceroso localizado en la primera porción duodenal (flecha negra).

Se decidió continuar con el tratamiento médico. El paciente presentó buena evolución clínica, con disminución progresiva de la ictericia desde el segundo día de internación, normalizando los valores bioquímicos al día tres de internación. Se otorgó el alta sanatorial al quinto día. Posteriormente se programó colecistectomía laparoscópica, en donde se observó vesícula biliar con paredes engrosadas. En cercanías del marco duodenal y la región periampular, se observaron cambios inflamatorios, dicha zona no fue explorada por riesgo de lesiones. Se realizó colangiografía intraoperatoria (CIO) que mostró vía biliar intra y extrahepática de calibre conservado, sin imágenes de defecto en su interior, con buen pasaje del contraste a duodeno y sin extravasación de contraste.

Discusión

Las causas más comunes de ictericia obstructiva son la coledocolitiasis y afecciones malignas como el carcinoma de cabeza pancreático⁴, neoplasias de la ampolla de Vater y colangiocarcinomas⁵.

No obstante, hay otros múltiples diagnósticos diferenciales a tener en cuenta, como la cirrosis biliar primaria, estenosis causadas por instrumentación de vía biliar, pancreatitis autoinmune⁶ pancreatitis crónica, colangitis esclerosante primaria, infección por bacterias, virus, parásitos, trauma abdominal, anomalías congénitas, pseudotumores inflamatorios, fistulas bilio-entéricas u obstrucción parcial del conducto biliar distal como complicaciones de la enfermedad de la úlcera duodenal⁵ y estenosis posterior a la terapia esclerosante de la úlcera duodenal sangrante, siendo estas dos últimas, muy poco frecuentes⁷.

Las complicaciones de la EUP incluyen sangrado, perforación, obstrucción de la salida gástrica², presencia de fistulas bilioentéricas⁵ e ictericia obstructiva; estas dos últimas son complicaciones poco frecuentes^{4,7}.

Aquellos pacientes que presenten una EUP sangrante, pueden presentar dolor abdominal, hematemesis y melena, acompañado de signos de hipoperfusión.³ Los que presenten perforación refieren dolor epigástrico repentino, dolor a la palpación abdominal con defensa muscular, que puede evolucionar a abdomen en tabla en casos de peritonitis generalizada. La presencia de la obstrucción de salida gástrica, clínicamente presenta vómitos, que puede llevar al paciente a la deshidratación severa y alcalosis metabólica³.

Tanto una úlcera duodenal penetrada, como una lesión cicatrizal secundaria a una úlcera péptica pueden ser un mecanismo de obstrucción del conducto biliar común. Estos pacientes pueden presentar dolor y defensa en el hipocondrio derecho, también progresar a ictericia obstructiva y fiebre, signos compatibles con colangitis aguda⁴. Dichos hallazgos que pueden hacer sospechar de una enfermedad maligna como cáncer de la ampolla duodenal⁴ o cáncer de la cabeza del páncreas⁷.

El método de preferencia para el diagnóstico de la EUP es la VEDA, si notamos la presencia de una úlcera en estómago con bordes irregulares es mandatorio tomar una muestra de biopsia ya que es necesario descartar la presencia de una neoplasia gástrica ulcerada; pero en el caso de que la úlcera se encuentre a nivel duodenal, no es mandatorio realizar toma de biopsia a menos que se sospeche de una enfermedad maligna³.

Los estudios complementarios ante un paciente que presente obstrucción de la vía biliar extrahepática son la CRM o TC con contraste endovenoso, las cuales aumentan la especificidad de diagnóstico siempre que se correlacionen con la clínica⁸. Es importante destacar que además contamos con la endosonografía (EUS, por sus siglas en inglés) a la hora de estudiar lesiones extraluminales sobre todo a nivel pancreático biliar⁹, cuando se acompaña de la obtención del material con aspiración por aguja fina, presenta una sensibilidad del 80% y especificidad del 97%¹⁰. De ser posible es necesario obtener un diagnóstico histopatológico, ya que los métodos por imágenes a menudo son insuficientes⁵.

El tratamiento médico está descrito desde el año 1930. Los criterios que debe cumplir el paciente incluyen la ausencia de signos de peritonitis generalizada, estabilidad hemodinámica, que en los estudios contrastados por imágenes se objetive una perforación contenida pequeña, una úlcera sellada y ausencia de aire libre en la cavidad abdominal, además debemos sospechar que la causa de la perforación de la úlcera péptica sea muy probablemente ocasionada a infección por *Helicobacter pylori* o uso de AINES³. El tratamiento médico incluye la descompresión con una sonda nasogástrica, antibióticos intravenosos de amplio espectro y terapia intravenosa con inhibidor de bomba de protones; es por esto que en nuestro caso se indicó tratamiento antibiótico pero no se colocó sonda nasogástrica dado que el paciente no presentaba náuseas ni vómitos.³ En pacientes que necesiten tratamiento quirúrgico, hay numerosas técnicas descriptas^{7,11}. No obstante, el éxito clínico de la supresión del ácido gástrico con medicamentos

y el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* para pacientes con EUP, los ha alejado del tratamiento quirúrgico³.

En nuestro caso se decidió optar por el tratamiento médico de la patología ulcerosa y su complicación dado que el paciente presentaba estabilidad hemodinámica, sin signos de peritonitis generalizada, con estudios complementarios en favor de una úlcera duodenal contenida sin aire libre en abdomen.

Conclusión

En conclusión, nos encontramos ante un caso de úlcera duodenal complicada con ictericia, que plantea el diagnóstico diferencial con otras causas de síndrome icterico más frecuentes; que presento buena evolución con tratamiento médico, el mismo debe implementarse en ausencia de repercusión sistémica y signos de peritonitis.

Limitaciones de responsabilidad:

Los autores no presentan deslinde de responsabilidad.

Fuentes de apoyo:

Esta publicación no presenta fuentes de apoyo.

Originalidad:

El presente trabajo es original, no ha sido publicado anteriormente y no se encuentra actualmente en consideración para ser publicado en ningún formato.

Cesión de derechos:

Los autores ceden el derecho de autor a la Universidad Nacional de Córdoba para publicar en la RFCM y realizar la traducción en inglés.

Conflicto de interés:

Los autores no presentan conflictos de interés

Bibliografía

1. Narayanan M, Reddy KM, Marsicano E. Peptic Ulcer Disease and *Helicobacter pylori* infection. *Mo Med*. 2018 May-Jun;115(3):219-224.
2. Kavitt RT, Lipowska AM, Anyane-Yeboah A, Gralnek IM. Diagnosis and Treatment of Peptic Ulcer Disease. *Am J Med*. 2019 Apr;132(4):447-456. doi: 10.1016/j.amjmed.2018.12.009.
3. Kempenich JW, Sirinek KR. Acid Peptic Disease. *Surg Clin North Am*. 2018 Oct;98(5):933-944. doi: 10.1016/j.suc.2018.06.003.
4. Yilmaz S, Calikoglu EO, Kosan Z. Prevalence of obesity among adolescents in Eastern Turkey: A cross-sectional study with a review of the local literature. *Niger J Clin Pract*. 2019 Aug;22(8):1070-1077. doi: 10.4103/njcp.njcp_418_18.
5. Ho CY, Chen TS, Chang FY, Lee SD. Benign nontraumatic inflammatory stricture of mid portion of common bile duct mimicking malignant tumor: Report of two cases. *World J Gastroenterol*. 2004 Jul 15;10(14):2153-5. doi: 10.3748/wjg.v10.i14.2153.
6. Giljaca V, Gurusamy KS, Takwoingi Y, Higgie D, Poropat G, Štimac D, Davidson BR. Endoscopic ultrasound versus magnetic resonance cholangiopancreatography for common bile duct stones. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Feb 26;2015(2):CD011549. doi: 10.1002/14651858.CD011549.
7. Hidalgo L, Repiso A, Romero M, Navajas J, Sánchez-Simón R, Gómez-Rodríguez R, Carroles JM. Obstructive jaundice as a complication of a peptic duodenal ulcer mimicking pancreatic cancer. *Endoscopy*. 2010;42 Suppl 2:E294-5. doi: 10.1055/s-0030-1255785.

8. Gerhards MF, Vos P, van Gulik TM, Rauws EA, Bosma A, Gouma DJ. Incidence of benign lesions in patients resected for suspicious hilar obstruction. *Br J Surg*. 2001 Jan;88(1):48-51. doi: 10.1046/j.1365-2168.2001.01607.x.
9. Mekky MA, Abbas WA. Endoscopic ultrasound in gastroenterology: from diagnosis to therapeutic implications. *World J Gastroenterol*. 2014 Jun 28;20(24):7801-7. doi: 10.3748/wjg.v20.i24.7801.
10. Chiang A, Theriault M, Salim M, James PD. The incremental benefit of EUS for the identification of malignancy in indeterminate extrahepatic biliary strictures: A systematic review and meta-analysis. *Endosc Ultrasound*. 2019 Sep-Oct;8(5):310-317. doi: 10.4103/eus.eus_24_19.
11. Onstad GR, Christensen NA, Smith LA. Jaundice as a complication of duodenal ulcer. *Surg Clin North Am*. 1971 Aug;51(4):885-92. doi: 10.1016/s0039-6109(16)39483-x.