

Doble píloro: complicación infrecuente de la enfermedad ulcero péptica. A propósito de un caso

Mariant Maldonado Díaz , Marisela Díaz 

Autor de Correspondencia: Mariant Maldonado Díaz Correo Electrónico: mariantcarol@gmail.com

Afiliación

Resumen

El doble píloro es una afección gastrointestinal adquirida e infrecuente que se origina por la formación de un trayecto fistuloso entre el antro gástrico y el bulbo duodenal, generalmente como consecuencia de una cicatrización inadecuada de una úlcera gástrica o duodenal. Esta condición se asocia a baja adherencia a tratamientos antisecretores y/o antiulcerosos, uso de fármacos ulcerogénicos y presencia de enfermedades sistémicas. **Caso clínico:** paciente femenina de 65 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) por discopatía lumbar, que consulta por epigastralgia, reflujo gastroesofágico y un episodio de hematemesis de escasa cuantía. Se realiza gastroscopia, evidenciando una úlcera gigante Forrest III en el antro gástrico. El estudio histológico es compatible con gastritis crónica activa multifocal por *Helicobacter pylori*, por lo que se indica tratamiento antiulceroso, antisecretores y terapia triple erradicadora, el cual no fue cumplido adecuadamente. A las 12 semanas se efectúa una gastroscopia de control que demuestra una fístula gastroduodenal compatible con doble píloro. **Discusión:** el doble píloro adquirido es una complicación poco frecuente en pacientes con enfermedad ulceropéptica, especialmente asociada a mala adherencia terapéutica, enfermedades sistémicas y uso prolongado de AINEs. **Conclusión:** la enfermedad ulceropéptica puede evolucionar excepcionalmente a fístula gastroduodenal o doble píloro.

Palabras clave: doble píloro, fístula gastroduodenal, enfermedad ulceropéptica.

Double pylorus: an uncommon complication of peptic ulcer disease. A case report

Abstract

Double pylorus is a rare, acquired gastrointestinal condition that results from a fistulous tract forming between the gastric antrum and the duodenal bulb, usually due to poor healing of a gastric or duodenal ulcer. Risk factors include poor adherence to antisecretory and/or antiulcer treatments, use of ulcerogenic medications, and preexisting systemic diseases. **Clinical case:** A 65-year-old female with type 2 diabetes mellitus and chronic NSAID use for lumbar disc disease presented with epigastric pain, gastroesophageal reflux, and a minor episode of wine-red hematemesis. Gastroscopy revealed a giant Forrest III ulcer in the gastric antrum. Histology showed multifocal chronic active gastritis due to *Helicobacter pylori*. Antiulcer, antisecretory, and triple therapy for *Helicobacter pylori* were prescribed, but adherence was poor. At 12 weeks, a control gastroscopy demonstrated a gastroduodenal fistula consistent with double pylorus. **Discussion:** Acquired double pylorus is a rare complication in patients with peptic ulcer disease, especially associated with poor treatment adherence, systemic diseases, and prolonged use of NSAIDs. **Conclusion:** Peptic ulcer disease can exceptionally progress to gastroduodenal fistula or double pylorus.

Keywords: double pylorus, gastroduodenal fistula, peptic ulcer disease.

Introducción

El doble píloro es una afección gastrointestinal rara, que se genera como consecuencia de la formación de una fístula gastroduodenal, la cual se extiende desde el antro gástrico hasta el bulbo duodenal a través de un conducto accesorio de diámetro variable, de manera tal que el antro gástrico y el bulbo duodenal se comunican a través de dos orificios separados por un septo, tabique o puente de grosor variable.¹⁻⁷

Esta afección puede ser congénita sobre la base de la embriología de la mucosa pilórica, o adquirida en la mayoría de los casos, presentándose como una complicación de la enfermedad ulceropéptica (EUP), con una cicatrización inadecuada; la causa de dicha cicatrización no está clara.

Sin embargo, se plantea la falta de apego al tratamiento antisecretores, la no disponibilidad de medicamentos, la infección por *Helicobacter pylori* o la utilización de medicamentos ulcerogénicos como los AINEs; asociado con enfermedades sistémicas como diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica, artritis reumatoide, y lupus eritematoso sistémico, que afectan a la microcirculación y dificultan la cicatrización.¹⁻⁷

El concepto de que las fístulas gastroduodenales era causado como complicación de la EUP lo introdujo por primera vez Rokitanski en 1871, cuando propuso que la comunicación era creada por dos úlceras separadas, una en estómago y otra en duodeno, las cuales erosionaban sus paredes profundizándose una hacia la otra hasta formar una comunicación entre ellas. Posteriormente otros investigadores sugirieron como patogénesis la presencia de una sola úlcera que erosiona la pared gástrica o del bulbo

Cómo citar este artículo: Maldonado Díaz M, Díaz M. Doble píloro: complicación infrecuente de la enfermedad ulcero péptica. A propósito de un caso. Rev Gen. 2026;80(1): 57-60. doi: 10.61155/gen.v80i1.780

duodenal y cuya penetración origina adherencias en la pared de estos órganos, de manera tal que, al ocurrir una mayor penetración, más allá de la muscular forman un trayecto fistuloso que finalmente se reepiteliza, siendo esta última hipótesis la aceptada hoy en día.^{1, 4, 5}

El doble píloro tiene una prevalencia de 0.06 a 0.4%, se suele presentar en pacientes mayores de 50 años, siendo dos veces más frecuente en hombres. Alrededor de 100 casos han sido reportados en el mundo, evidenciando que la mayoría de estos corresponde a pacientes europeos y asiáticos, 6 casos han sido reportados en Estados Unidos y 2 en Latinoamérica.^{1, 2, 4, 8}

Por lo general, esta entidad tiene un curso asintomático y es diagnosticada incidentalmente en las gastroscopias, luego de un episodio de hemorragia digestiva superior, expresado en hematemesis o melena; sin embargo, en algunos casos con síntomas asociados a la enfermedad ulceropéptica de larga data como epigastralgia, llenura postprandial, saciedad precoz.^{1, 4, 8}

El método diagnóstico de elección es la gastroscopia, en la cual se evidencia durante la distensión del antro gástrico un orificio accesorio yuxtapilórico, de manera tal que el endoscopio se debe introducir por separado a través de ambos canales para confirmar el diagnóstico; evidenciando durante el paso a través del orificio accesorio que éste posee un diámetro variable, desde unos pocos milímetros a unos pocos centímetros, con ausencia de peristaltismo y presencia de bilis. Sin embargo, varios estudios limitan la gastroscopia como método diagnóstico, porque en ocasiones ésta no consigue el paso del instrumento a través del trayecto fistuloso, y para lo cual se ha descrito como técnica útil para su diagnóstico introducir una pinza de biopsia o un catéter bajo visualización directa a través de la fístula y observar su entrada en el bulbo duodenal.^{1, 2}

Las fístulas gastrointestinales pueden originarse en diferentes sitios anatómicos, de manera tal que Gould describe dos tipos de fístula, el primer tipo se originan en la curvatura menor del antro gástrico comunicándose con el bulbo duodenal, siendo esta la más frecuente, y el segundo tipo se origina en la curvatura mayor con cara posterior del antro gástrico comunicándose con la tercera y cuarta porción del duodeno. Drapkin y col. describen un tercer tipo de fístula que conecta el píloro con el duodeno formándose un tabique pilórico. El desarrollo de estos tres tipos de fístula depende de los diferentes patrones perforativos que tomen las úlceras prepilóricas.^{1, 2, 5, 6}

Presentación del caso

Paciente femenino, de 65 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) por discopatía lumbar. Quien consultó con clínica de epigastralgia, reflujo gastroesofágico de larga data, y un episodio de hematemesis rojo vinoso de escasa cantidad.

Como protocolo de su plan de trabajo se le realizó estudio endoscópico tipo gastroscopia, en la cual se evidenció a nivel del antro gástrico en la región prepilórica, hacia lo que corresponde a la curvatura menor con cara anterior la presencia de una lesión tipo úlcera, ovalada, de bordes elevados y definidos, con fondo de fibrina, que medía 30mm aproximadamente, y la cual lateralizaba el píloro hacia la cara posterior (**Figura 1**), concluyéndose Úlcera Forrest III gigante en antro gástrico, así mismo se evidenció pangastropatía erosiva, y en vista de estos hallazgos endoscópicos se procedió a la toma de biopsia según protocolo de Sydney y toma de biopsia de los bordes de la úlcera.

Figura 1. Endoscopia digestiva superior



A: Úlcera Forrest III en antro-región prepilórica, yuxtapilórica. **B:** Úlcera Forrest III en región prepilórica a nivel curvatura menor con cara anterior, que genera lateralización del píloro hacia la cara posterior.

El reporte histopatológico fue compatible con gastritis crónica activa multifocal asociado a la presencia de microorganismos compatibles con *Helicobacter pylori*. Por lo que se indicó tratamiento antiulceroso con Sucralfato un gramo tres veces al día por dos semanas, terapia triple para *Helicobacter pylori* con Amoxicilina un gramo cada 12 horas y Claritromicina 500 miligramos cada 12 horas por 14 días asociado a tratamiento antisecreto con Esomeprazol 40 mg cada 12 horas por 4 semanas. Dicho tratamiento no fue cumplido por la paciente de forma satisfactoria.

A las 12 semanas se le realizó gastroscopia control, y en la misma se evidenció a nivel prepilórico, en posición yuxtapilórica, hacia lo que corresponde a la curvatura menor un orificio accesorio aperistáltico, con mucosa similar a la circundante, separado del píloro por un tabique mucoso; se procedió a la exploración de dicho orificio con el paso del endoscopio a través de él evidenciando que se trataba de un trayecto fistuloso que se comunicaba con el bulbo duodenal (Figura 2), concluyéndose como fístula gastroduodenal: doble píloro, así mismo se introdujo el gastroscopio a través del píloro evidenciando su paso hasta el bulbo duodenal y posterior progresión a segunda porción duodenal sin complicaciones.

Figura 2. Endoscopia digestiva superior



Orificio accesorio (fístula gastroduodenal) en antro gástrico a nivel prepilórico, en posición yuxtapilórica hacia la curvatura menor, compatible con doble píloro.

Discusión

El doble píloro o fístula gastroduodenal es una afectación gastrointestinal infrecuente, con una prevalencia menor a 0.4%, más frecuente en pacientes mayores de 50 años, y en hombres en una proporción 2:1; cuya principal causa es adquirida, como consecuencia de la enfermedad ulceropéptica asociada al consumo de medicamentos ulcerogénicos como los AINEs, a la infección por *Helicobacter pylori* y/o enfermedades sistémicas.

El presente caso se trató de un paciente femenino, difiriendo dicha condición con la literatura, de 65 años, quien presentó factores de riesgo para el desarrollo de un doble píloro el antecedente personal de diabetes mellitus tipo 2, el consumo crónico de AINEs e infección activa por

Helicobacter pylori, además de falta de adherencia al tratamiento antisecreto indicado; todas ellas condiciones compatibles con las previamente descritas en la literatura. Rara vez, el cáncer gástrico también puede ser la causa de un doble píloro adquirido.¹⁻⁸

En la mayoría de los casos, dicha patología tiene un curso asintomático, y se diagnostica de manera incidental o tras un episodio de hemorragia digestiva superior, como reportan varios autores, hecho que se evidencia en la paciente estudiada. Sin embargo, en algunos casos se describen síntomas asociados a enfermedad ulceropéptica de larga data.^{1,4,8}

El diagnóstico consiste en la demostración del trayecto fistuloso mediante un estudio endoscópico (gastroscopia), y en el cual se evidencia, en la mayoría de los casos, un orificio accesorio yuxtapilórico en la curvatura menor del antro gástrico, el cual al ser explorado se comunica con el bulbo duodenal; hallazgo evidenciado en el presente caso clínico.^{1,5,6}

El manejo del doble píloro es habitualmente conservador, con tratamiento antiulceroso, presentando una evolución variable a éste, puesto que no está demostrado que el tratamiento farmacológico logre cerrar el trayecto fistuloso en todos los pacientes, en vista de que en la mayoría de los casos la cicatrización de la úlcera es inadecuada.^{1,4,5}

Frecuentemente, el canal pilórico accesorio permanece siempre, y éste se podría tratar endoscópicamente con un esfinterotomo, cortando el puente tisular; sin embargo, en algunos pacientes este canal se cierra o fusiona con el píloro verdadero formando un único canal pilórico de nuevo. La cirugía se reserva para el fallo de tratamiento endoscópico, el reflujo biliar o la perforación.^{4,5}

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

Esta investigación no contó con apoyo financiero de ninguna entidad pública, comercial o sin fines de lucro.

Este es un artículo de acceso abierto.

Fecha de recepción: 17/09/2025
Fecha de revisión: 21/09/2025
Fecha de aprobación: 24/11/2025

Referencias

1. Rodríguez-Wulff E, Vargas F. Doble píloro adquirido: una complicación poco usual de la enfermedad ulceropéptica. A propósito de un caso. Gen. 2015;69(1):13-16. doi:10.6115/gen.v69i1.6

2. López N, López R. Píloro doble: de lo cotidiano a lo extraordinario; reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Chil Cir.* 2017;69(4):341-344. doi:10.1016/j.rchic.2017.04.005
3. Thapa SS, Scott J. Double pylorus. *BMJ Case Rep.* 2018 Sep 4;2018:bcr2018225850. doi:10.1136/bcr-2018-225850
4. Díaz M, Ruiz A, Martín A. Doble píloro: hallazgo endoscópico inusual en la enfermedad péptica. *RAPD Online.* 2020;43(1):57-58. doi:10.37352/2020431.10
5. Menéndez P, Padilla D, Villarejo P, Gambi D, Cubo T, Menéndez J, et al. Doble píloro: hallazgo inusual de una enfermedad común. *Gastroenterol Hepatol.* 2009;32(1):75-76. doi:10.1016/j.gastrohep.2008.06.003
6. Cedrón H, Chávez S. Doble píloro secundario a enfermedad ulcerosa péptica. *Rev Gastroenterol Méx.* 2024;89(2):314-315. doi:10.1016/j.rgmex.2024.02.002
7. Pereira F, Leitão C, Azevedo R, Tristan J, Banhudo A. *Gastroenterol Hepatol.* 2019;42(2):115-117. doi:10.1016/j.gastrohep.2018.07.008
8. Hernández R, Estévez M, Estrada A, Corrales S, Haza T. Píloro doble. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Med Electrón [Internet].* 2019 [citado 2025 Jun 23];41(1):189-195. Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2903>