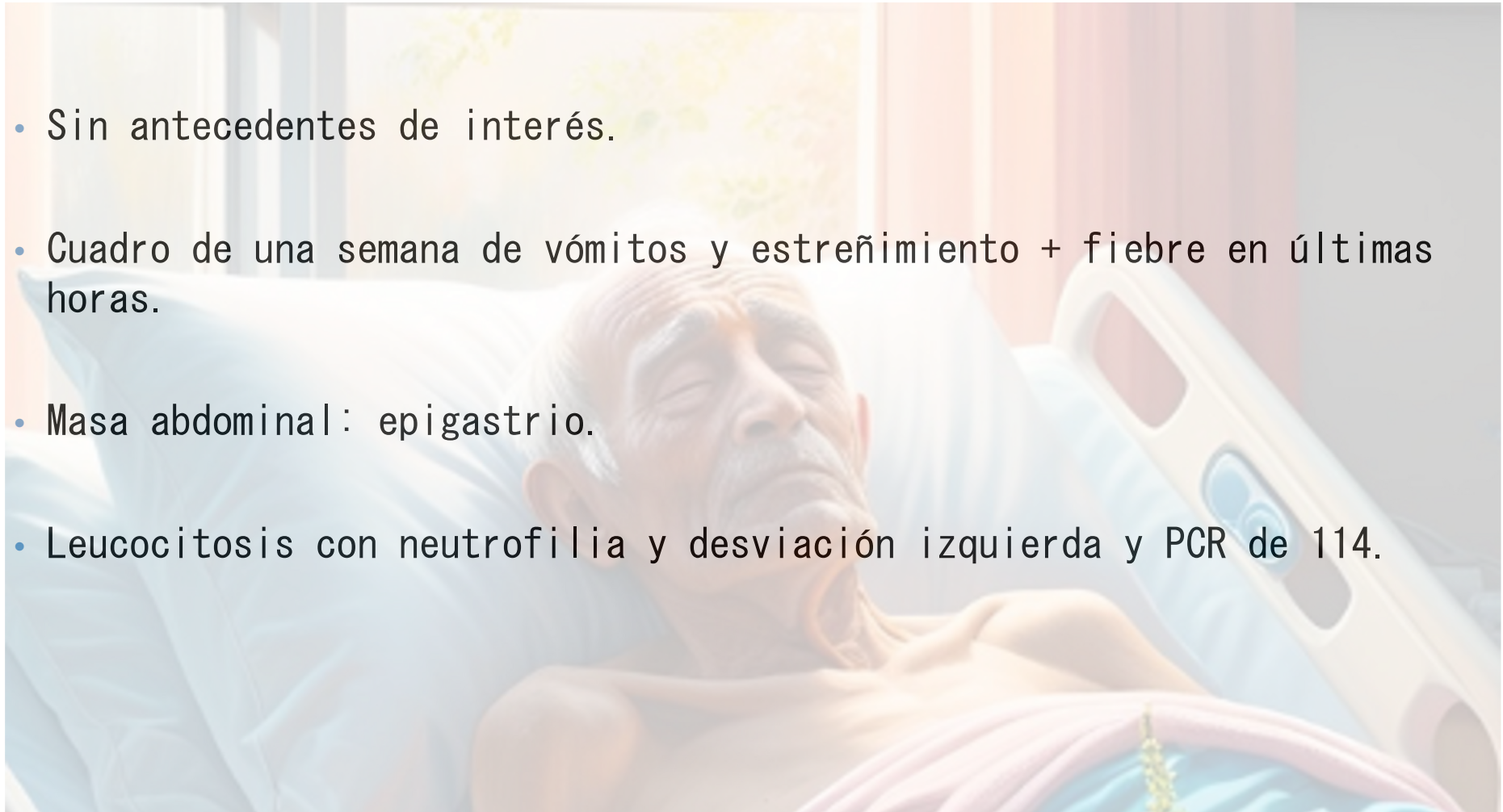


Caso clínico 9 abril 2025

Marina Pintor
Alberto Morán

Varón de 88 años con fiebre y vómitos

- Sin antecedentes de interés.
- Cuadro de una semana de vómitos y estreñimiento + fiebre en últimas horas.
- Masa abdominal: epigastrio.
- Leucocitosis con neutrofilia y desviación izquierda y PCR de 114.



Radiografía de tórax



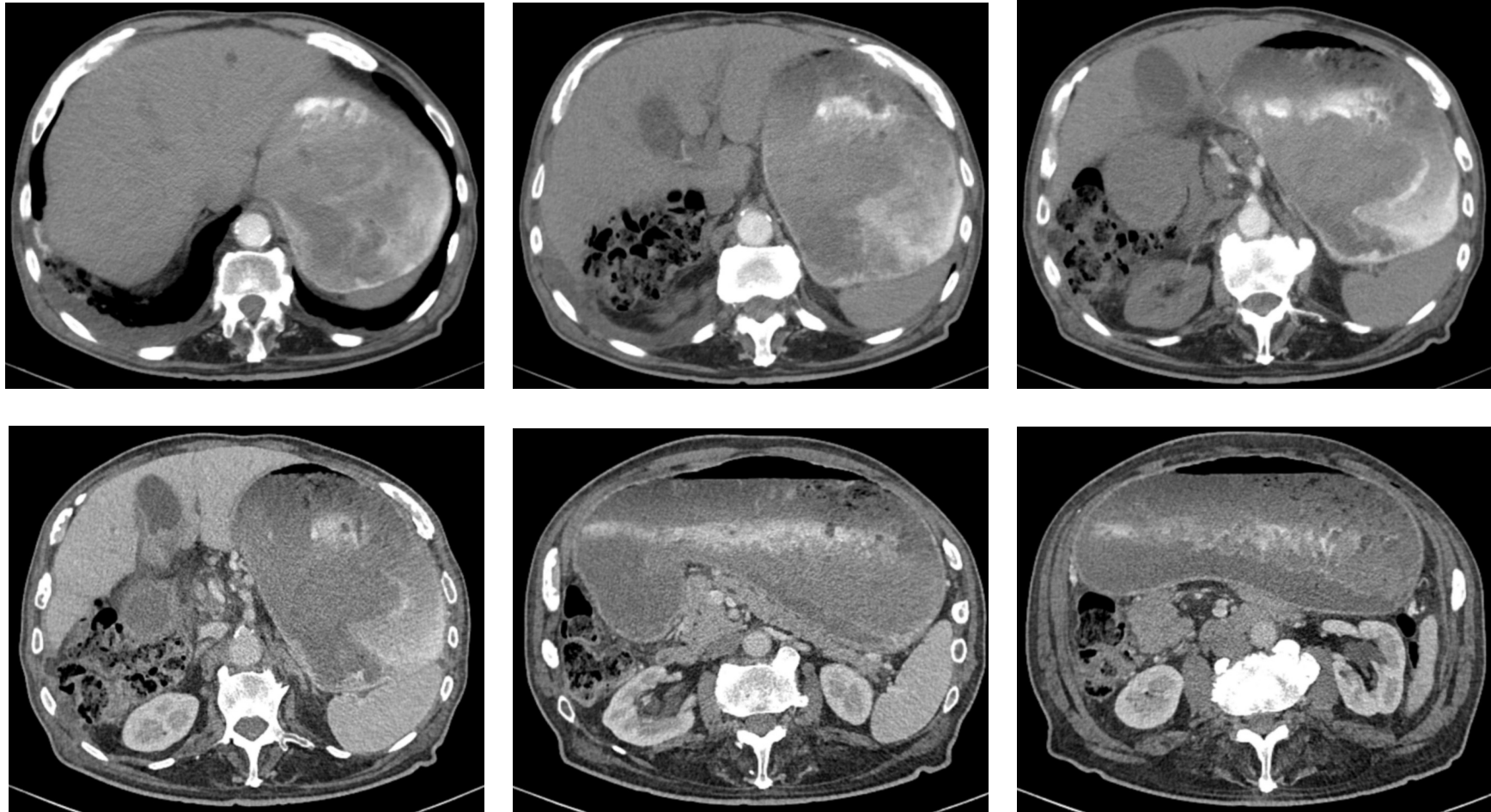
Radiografía simple de abdomen



Que se hizo ?

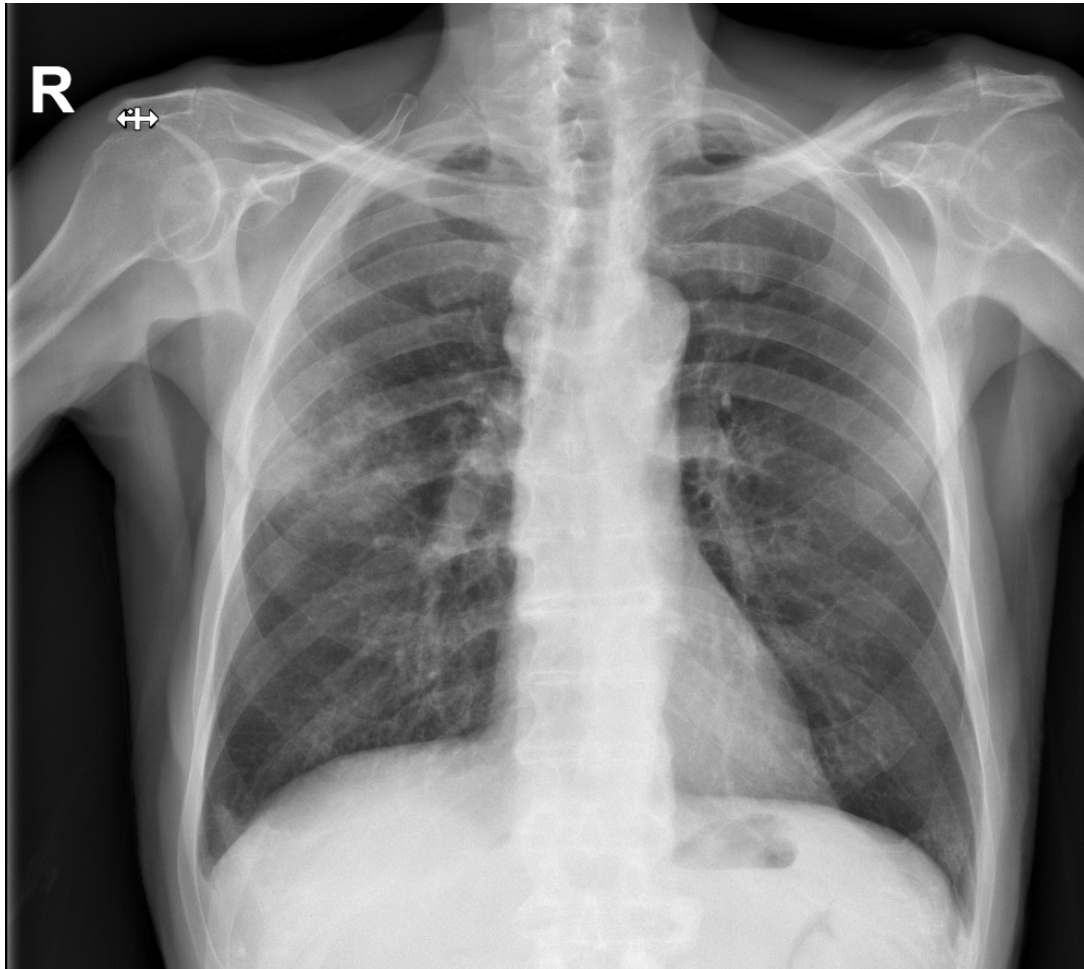
- Sueros
- SNG a bolsa los primeros días
- Amoxicilina + clavulánico
- Tras unos días se inicio tolerancia y a las 48-72 h de nuevo vómitos

TAC abdominal



Marcada dilatación de estómago en relación con estómago de retención, sin identificar causa obstructiva. Vesícula con engrosamiento y captación de contraste en su pared, que sugiere la posibilidad de colecistitis.

Radiografía de tórax a los 10 días



Y Radiografía de abdomen



Gastroscofia

- Esófago: Sin lesiones pépticas agudas ni estenosis. Línea Z regular. UGE a su nivel. Hiato competente. Se observan lo que nos parecen cicatrices de esofagitis previas en la mucosa del esófago distal. Estómago: Morfología conservada. Mucosa gástrica: disminución del grosor de los pliegues gástricos. No hay restos alimentarios retenidos. Píloro centrado y con estenosis por lesión/engrosamiento de la mucosa que lo ocluye parcialmente (bx). El bulbo duodenal también está ocupado en parte: el endoscopio se queda encajado sin poder progresar a la segunda porción duodenal Duodeno: Diagnóstico: SIGNOS DE GASTRITIS ATROFICA. ESTENOSIS PILORICA DE ASPECTO INCIERTO.
- Informe Anatomopatológico: DUODENO (BULBO): MUCOSA DUODENAL CON CAMBIOS REACTIVOS. AUSENCIA DE SIGNOS DE DISPLASIA NI MALIGNIDAD. ESTÓMAGO (PÍLORO): GASTRITIS CRÓNICA LIGERA INACTIVA. PRESENCIA DE METAPLASIA INTESTINAL FOCAL SUPERFICIAL. AUSENCIA DE SIGNOS DE DISPLASIA . HP negativo.





A los 14 días se repite la Gastroscofia:

Esófago: Normal. Estómago: Signos de G. antral. Píloro deformado. Duodeno: Estenosis angulada en bulbo-2ª porción de aspecto péptico, que dificulta el paso del gastroscopio a 2ª porción. Segunda porción normal. Diagnóstico: ESTENOSIS DE ASPECTO PEPTICO DE BULBO-2ª PORCIÓN DUODENAL.

Y se fue de alta, una semana mas tarde, después de un MES y una 3ª gastro con dilatación de la estenosis

A las 48 h reingreso en Cirugía General

Nutrición enteral por SNG colocada por gastroscopia (hasta 3 veces)

A los 23 días le intervienen. Se realiza derivación gastro-yeyunal en Y de Roux.



Descripción Macroscópica:

A) Para estudio intraoperatorio, identificado como placa de peritoneo, se recibe un fragmento de tejido de 0,5 y 0,1 cm de grosor. Se incluye para diagnóstico intraoperatorio. Se informa como: peritoneo (placa): tejido fibroso con presencia aislada de células dispuestas en hilera y en pequeños grupos, sospechosas, no concluyentes de malignidad. Diagnóstico definitivo diferido a parafina.

B) Identificado como nódulos peritoneales sobre vesícula biliar, se reciben dos fragmentos irregulares. El de mayor tamaño mide 1,2 x 1 x 0,2 cm de coloración parduzca y consistencia fibrosa. Se incluye este fragmento en el bloque B1. El de menor tamaño, con medidas de 0,8 x 0,8 x 0,5 cm, coloración parduzca y consistencia fibrosa, se incluye en el bloque B2. Inclusión total en 2 bloques.

Peritoneo (placa y nódulos sobre vesícula biliar): infiltración **adenocarcinoma pobremente diferenciado**

Inmunohistoquímica: origen gastroduodenal alto vs pancreatobiliar.

Líquido ascítico: positivo para células malignas compatible con **adenocarcinoma**

Oncología

- Se desestimo tratamiento quimioterápico paliativo.
- Fue exitus 6 meses después del primer ingreso en su domicilio.





Algunas cosas que comentar

DD

Causas de estenosis duodenal en el anciano



La **estenosis duodenal en el anciano** puede tener diversas causas, tanto **congénitas** (raras en esta edad) como, más comúnmente, **adquiridas**. Aquí te detallo las principales causas en adultos mayores:

◆ Causas más comunes de estenosis duodenal en el anciano:

1. Úlcera péptica complicada

- Principal causa adquirida.
- Las úlceras duodenales crónicas pueden provocar inflamación, fibrosis y estrechamiento del lumen.
- Suele afectar la primera porción del duodeno (bulbo duodenal).

2. Neoplasias

- **Carcinoma pancreático**, especialmente de la cabeza del páncreas, puede comprimir o infiltrar el duodeno.
- **Cáncer duodenal primario** (adenocarcinoma) es raro pero posible.
- Tumores periampulares o colangiocarcinomas también pueden generar obstrucción.

3. Pancreatitis crónica

- La inflamación crónica y fibrosis del páncreas puede comprimir el duodeno, especialmente en la región de la segunda porción.

4. Aneurisma de la arteria mesentérica superior

- Puede ejercer compresión extrínseca sobre el duodeno, aunque es poco frecuente.

5. Síndrome de la arteria mesentérica superior (Wilkie)

- En ancianos con pérdida importante de peso, el ángulo aortomesentérico se estrecha, comprimiendo el duodeno.

6. Divertículos duodenales o duodenitis crónica

- Pueden provocar obstrucción parcial, especialmente si hay inflamación o impactación de alimentos.

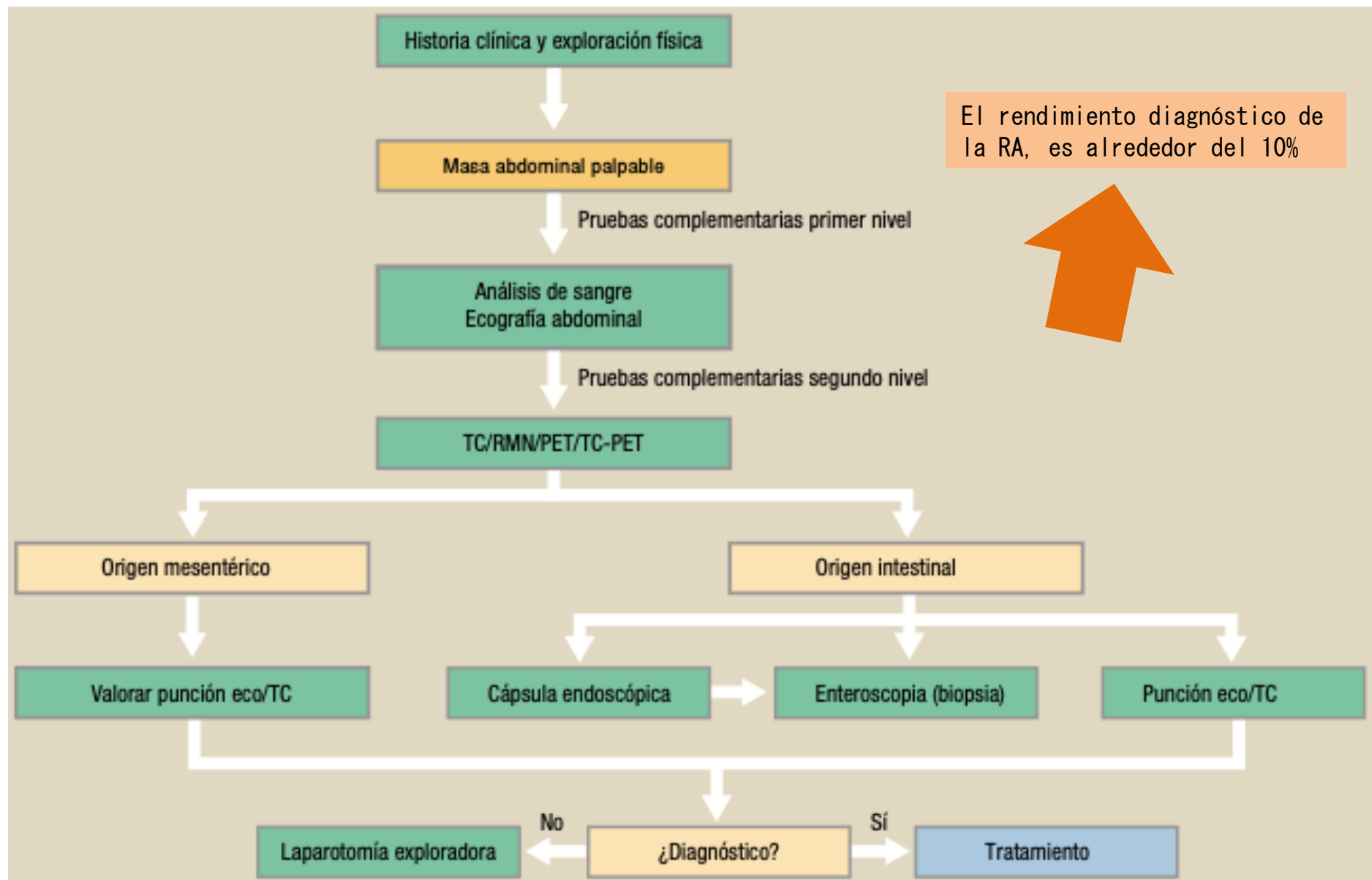
7. Adherencias o estenosis postquirúrgicas

- Por intervenciones previas que involucren el estómago, páncreas o intestino delgado.

Diagnóstico diferencial global de las masas abdominales

	Localización	Causas
Intraperitoneales	Hígado y vías biliares	Colecistitis. Hepatocarcinoma
	Bazo	Carcinoma vesícula biliar
	Intestino delgado y mesenterio	Absceso. Linfoma
	Colon transverso-sigma	Mielofibrosis
Retroperitoneales		EC. Paniculitis mesentérica
		Patología neoplásica
		Diverticulitis. CCR. Vólvulo
	2ª-3ª porción duodenal	Adenocarcinoma. Perforación por cuerpo extraño
	Ciego, colon ascendente, descendente	CCR. Diverticulitis. Megacolon
	Páncreas	Pseudoquiste. Absceso
	Riñones	Carcinoma de páncreas
	Glándulas suprarrenales	Hidronefrosis. Carcinoma de células renales. Poliquistosis
	Aorta	Feocromocitoma. Adenoma
		Aneurisma de aorta abdominal
Pared abdominal		Hernia inguinal, hernia umbilical. Hematoma
		Sarcoma. Metástasis
Pelvis y anejos		Quiste ovárico. Carcinoma ovárico
		Endometriosis. EIP
		Embarazo
		Fecaloma. Globo vesical

CCR: carcinoma colorrectal; EC: enfermedad de Crohn; EIP: enfermedad inflamatoria pélvica.



Dosis de radiación típicas*

Estudio	Dosis de radiación efectiva media (mSv)
Radiografía de tórax (incidencia posteroanterior)	0,02
Radiografía de tórax (dos incidencias: posteroanterior y lateral)	0,1
Radiografía, columna lumbar (1 vista lateral)	1,5
Radiografía, miembro (1 proyección: mano, pie, etc.)	0,001
Radiografía de abdomen (1 vista)	0,7
Radiografía, enema de bario (estudio del tracto gastrointestinal inferior)	6
Radiografía, estudio gastrointestinal superior con bario	6
Mamografía digital de cribado	0,21
TC de cráneo	2
TC, tórax	6,1
TC del abdomen y la pelvis	7,7
Angiografía coronaria	7
Angiografía coronaria con intervenciones	15
Gammagrafía de perfusión pulmonar	2
Estudio PET (sin TC de cuerpo entero)	7
Gammagrafía ósea	6,3
Gammagrafía hepatobiliar	2,1-3,1
Gammagrafía cardíaca con tecnecio sestimibi	9,4-12,8

Son 35 Rx tórax

Tabla 2 Propuesta de indicaciones de radiografía de abdomen en Urgencias

- Identificación de cuerpo extraño
- Localización de catéteres
- Seguimiento de cálculos urinarios
- Evolución de la obstrucción
- Control de la desvolvulación

*La dosis puede variar.

J. M. Artigas Martín et al

Datos de

Mettler FA, Huda W, Yoshizumi TT, Mahesh M: Effective doses in radiology and diagnostic nuclear medicine: A catalog. *Radiology* 248:254-263, 2008.

[American College of Radiology\(ACR\): Radiation Dose to Adults From Common Imaging Examinations](#)

Abdominal radiograph pearls and pitfalls for the emergency department radiologist: a pictorial review

Jerry T. Loo,^{1,2,3} Vinay Duddalwar,¹ Frank K. Chen,¹ Tapas Tejura,¹ Ilya Lekht,¹ Mittul Gulati¹

¹Department of Radiology, USC Keck School of Medicine, 1500 San Pablo Street, 2nd Floor Imaging, Los Angeles CA 90033, USA

²Department of Radiology, LAC-USC Medical Center, 1200 N. State Street, D&T 3D321, Los Angeles, CA 90033, USA

³Department of Radiology, David Geffen School of Medicine, University of California, Los Angeles (UCLA), 757 Westwood Plaza, Ste 1638, Los Angeles, CA 90095, USA



Table 1. Abdominal radiograph recommended search pattern

1. Demographics (name, age, sex)
2. Technical assessment (projections, body position, markers, limitations)
3. Systematic review (ordered by personal preference):
 - a. Medical devices or implants
 - b. Organs (liver, spleen, kidneys, psoas muscles, bladder)
 - c. Gastrointestinal tract (stomach, small bowel, colon)
 - d. Soft tissues
 - e. Bones
 - f. Abnormal calcifications or densities (vascular, lymph nodes, calculi)

