

## ***Consideraciones clinicorradiológicas sobre las úlceras postbulbares***

Por el Dr. MANUEL E. JIMÉNEZ GALIANO

La úlcera postbulbar ha recibido reías tiva poca atención en la literatura mundial si la comparamos a la que han recibido las úlceras pépticas del estómago y bulbo duodenal. Aunque rara, no es excepcional. Ella pasa a menudo desapercibida porque sus características iconográficas son poco conocidas y sobre todo por una razón puramente radiológica: no se busca la posición favorable. Como su nombre lo indica, ella se encuentra situada sobre la porción del duodeno que sigue al bulbo, desde el vértice de éste hasta el ángulo de Treitz.

### ***Historia.***

Tres etapas alonan el estudio de esta vocalización ulcerosa: la primera anatómica. en que Hekford<sup>6</sup> la descubrió en una autopsia en 1886. La segunda radiológica en que Parturie y Aimard<sup>11</sup> hicieron la primera descripción radiológica en 1920. \ la tercera clinicorradiológica en 1940 cuando Gutmann<sup>4</sup> la presenta ya con un cuadro elnicorradiológico bien definido.

En nuestro país han presentado trabajos sobre esta localización de la úlcera péptica Fariñas. Falla Alvares,<sup>1</sup> Castro.<sup>1</sup>

El sexo masculino es mucho más pre-dispuesto que el sexo femenino. 84% para Tuye-Lazarin,<sup>1</sup> 86% > según estadística de la Clínica Mayo.

El duodeno móvil y la redundancia de la primera porción del duodeno según Gutmann' por la estasis e irritación que provocan.

### ***Los divertículos.***

Las anomalías de las vías biliares. Como la asociación relativamente frecuente según Rougemont<sup>1</sup>- de colédoco corto y úlcera postbulbar. aunque se cree más bien, que esta cortedad del colédoco es la consecuencia de una retracción cicatricial con atracción papilar.

La asociación con ciertos tumores pancreáticos. En 1959 se habían reportado 22 casos del síndrome de Zollinger y Ellison. de los cuales 4 tenían úlceras postbulbares.

La terapéutica con ciertos medicamentos. Como el ACTH. Cortisonas. Bucatifonas. etc. (Fig. 3)

### *Sitio.*

Toye-Lazarin<sup>1</sup> basándose sobre la estadística de 76 casos encontrados en toda la literatura en el momento de la redacción de su tesis en 1937, encontro el porcentaje siguiente: al nivel de la rodilla superior el 11%, al nivel de la segunda porción de

duodeno 84%, al nivel de la tercera porción del duodeno 5%. Falla- y Dinli Hoang<sup>7</sup> tienen la *recuencia*. En la revisión de Lecointe<sup>8</sup> en 1964 oscila entre el 0.5 y el 17%, siendo el promedio más aceptado el del 4%.



*fig. 1. Hematemesis repetidas. Imagen de perla ensartada. Comprobación quirúrgica.*

impresión que la localización sobre la rodilla superior es más frecuente de lo que reveía esta estadística. Palmar<sup>10</sup> sitúa el 80% sobre la pared posterior y el 20% asociada a una úlcera bulbar. Es muy rara por debajo de la ampolla de Vater, creyéndose que sea el papel alcalinizante de la bilis el que impide esta localización.

### *Estudio clínico.*

Los síntomas de la úlcera postbulbar no suelen ser los típicos de la úlcera bulbar. El dolor no presenta el ritmo ni las características de la úlcera bulbar. Suele comenzar con una intensidad moderada llegando al máximo en una hora; de localización epigástrica derecha o en

el cuadrante superior derecho y frecuentemente irradiando en forma difusa hacia el abdomen inferior con marcada flatulencia o hacia el dorso si muy penetrante. Suele acompañarse de eructo\*, pirosis, náuseas y a veces vómitos. Cuando se alivia con los alimentos lo hace más tardíamente. De los antiácidos el bicarbonato de sodio es el mejor tolerado. En períodos de crisis el paciente generalmente padece de migrañas a tipo vascular, insomnios e irritabilidad. Entre una crisis y otra pueden transcurrir meses o años.

El gastroquiniograma según Falla muestra una curva hiperclorhídrica de tipo extragástrico. llegando su máximo a las dos horas y inedia después del desayuno etílico.

Sus formas clínicas más conocidas son:



Fig. 2 Al nivel del receso inferior del bulbo se nota una imagen de adición y al nivel de la rodilla superior del duodeno cierto grado de duodenitis estenosante.



Las hemorrágicas. Es la más sangrante de todas las úlceras pépticas 60% contra 23.7% en las gástricas y 19.1% en las bulbares. (Hyman).<sup>7</sup> Por su vecindad con la arteria pancreático duodenal superior pueden ser de gran abundancia.

*Las estenosantes.* Estas pueden realizar un cuadro de estenosis pilórica, y si la úlcera se encuentra situada por debajo de la ampolla de Vater de estenosis duodenal.

Fig. 3. El caso anterior con el duodeno bien desarrollado. Se observa la imagen de un nicho precedido y seguido por una duodenitis estenosante. Su forma en tapón de champagne caracteriza las úlceras iatrogénicas. Este caso había estado tomando butacifonas durante un mes cuando se le presentó el síndrome ulceroso.

*Las perforantes.* En peritoneo libre son raras. Casi todas las reportadas son de borde interno o de cara posterior. N. Guyen Dinb Hoang<sup>5</sup> reporta 4 en 12 casos. La clínica Mayo, 1 en 99 casos. La hepatovesicular es más notoria.

*Las pancreáticas.* Cuando la úlcera encuentra en la vecindad de la ampolla de Vater, puede determinar además fenómenos pancreáticos como icterico por retención simulando un cáncer de la cabeza del páncreas.



Fig. 4. Úlcera postbulbar doble (kissing ulcer) en un paciente con síndrome ulceroso típico.

*Las biliares.* De todas las úlceras es la postbulbar la que más frecuentemente se acompaña de signos hepáticos debido a su vecindad inmediata con la vesícula y canales biliares. La repercusión hepática puede ser ligera; subíctero, náuseas, vómitos, febrículas y sensibilidad al nivel del hipocondrio derecho. En otros casos la repercusión puede ser oleocistitis, pericolecistitis y aún cirrosis biliar.

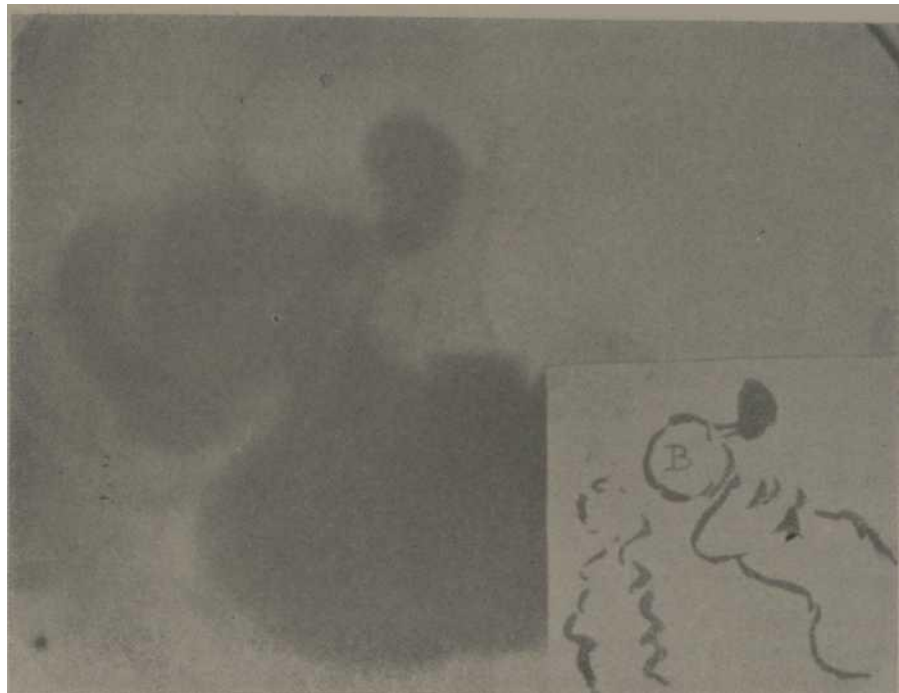
*Hipertensión portal.* Leoyd" cita a Stradness y Bell que en 1963 reportaron dos casos de hipertensión portal con várices esofágicas en que la intervención mostró que la misma era provocada por retracciones cicatriciales periduodenales que obstruían la vena porta. Después de la gastrectomía y liberación de la porta, las várices cedieron en un caso y persistieron en el otro.



*Fig. 5. Úlcera del duodeno descendente. Este nicho se parece a un divertículo de T-2 incompletamente lleno, pero las dos estenosis y la angulación imponen el diagnóstico. (Cliché Pecheur).*



*fig. 6. Síndrome ulceroso muy antiguo en un hombre de 78 años. Nicho enorme e irregular. La estenosis y angulación imponen el diagnóstico que se verificó en lo intervención. (Cliché Henri Monges).*



*Fig. 7. Enfermo remitido por melenas recidivantes y aspecto diverticular del bulbo. (Cliché X).*



*Fig. 8. Mismo caso que en el anterior. En esta nueva seriada se encuentra una úlcera típica en D2, que la operación mostró, fijaba la pared posterior. Según la posición, el estómago sube o baja, mientras que el nicho inmóvil aparece unas veces arriba y otras abajo.*

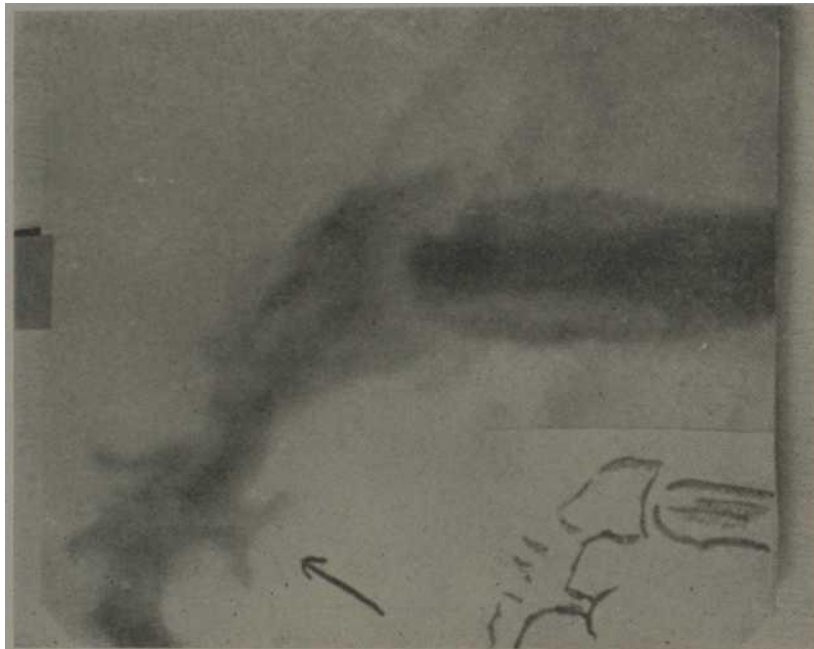
*Estudio radiológico.*

Es preciso buscar la posición favorable desenrollando muy bien la secuencia antro-bulborodilla superior- duodeno descendente, lo que suele ser difícil en los brevilíneos, pletóricos y pacientes con estómago hipertónico.

Se recomiendan hacer doce o quince exposiciones de las cuales 2 ó 3 series duodenales de 4 cada una. Aún así, en los grandes centros especializados como la Mayo Clinic, un tercio de las úlceras postbulbares necesitaron una segunda seriada. Gutmann relata un caso que ya se había practicado doce seriadas gastro-duodenales en diversas capitales europeas. Falla Alvarez<sup>2</sup> en 5 años encontró 172 úlceras bulbares y diez postbulbares en su consulta privada y en el mismo período de tiempo observó 152 úlceras bulbares y una sola postbulbar en su servicio del H. Calixto García.

El cree que esta discrepancia se deba a la falta de tiempo para hacer un gran número de exposiciones. Los signos radiológicos de esta úlcera están constituidos por el nicho por una parte y por las modificaciones del aspecto del duodeno por otra parte. El nicho cuyas dimensiones pueden variar de cinco a dos centímetros se acompaña de una duodenitis estenosante pre y postnicho (Fig. 1) que forman cuando las crisis han sido repetidas y severas los lados de un ángulo obtuso en cuyo vértice se encontraría el nicho. (Figs.

5, 6 y 8). Pueden ser múltiples (Fig. 4) e incluso coincidir con una úlcera bulbar. En cuanto a su forma es muy variable, redondas, euadrangulares, a veces indescriptibles. La compresión dosificada es de gran utilidad sobre todo en las úlceras



*Fig. 9. Imagen típica de la ampolla de Valer. Este paciente padecía de pancreatitis crónica.*

de cara, edematosas. Y la posición de Trendelenburg ayuda a mantener el contraste en el duodeno descendente. Algunos usan anticolinérgicos poderosos como el Antrenyl para inhibir el peristaltismo duodenal y así obtener una mucosografía del duodeno.

#### *Diagnóstico diferencial.*

Puede plantearse con los divertículos duodenales, pero éstos tienen pedículo generalmente con algún pliegue duodenal y no se acompañan de duodenitis estenosante. Con los simples espasmos del duodeno debido a una lesión, apendicular, vesicular, renal.

El cáncer duodenal es estenosante, por encima de la estenosis se observa dilatación y al nivel de la lesión imágenes lacunares o un grueso nidio irregular.

Con la ampolla de Vater. (Fig. 9).

El entrecruzamiento de pliegues puede simular un nidio, pero no se acompaña de duodenitis estenosante.

Las duodenitis ulcerativas presentan un cuadro similar al de la ileítis ulcerativa.

Diagnósticos más raros que pueden plantearse, un cálculo renal, una calcificación de la suprarrenal, la imagen de la carúncula menor, etc.

#### RESUMEN

Se han presentado casos de úlceras postbulbares simples, dobles, iatrogénicas y de casos que han sufrido repetidas y severas crisis. Aunque rara la úlcera postbulbar no es excepcional, pues representa un 4% de todas las úlceras duodenales. Es la más sangrante de todas 60% contra 23.7% las gástricas y 19.1 las bulbares. Cuando repercute sobre los órganos vecinos, hígado, vesícula, canales biliares, páncreas, su diagnóstico es tan difícil, que muchos de estos pacientes son considerados como neuróticos. El estudio radiológico debe comportar dos ó tres exposiciones en cuatro del marco duodenal bien desarrollado. Debiendo por otra parte el radiólogo delante de un caso en que clínicamente se presume una úlcera, y que él no encuentra en el estómago ni en el bulbo, pensar en más allá del bulbo.

#### BIBLIOGRAFIA

1. —Castro, Pedro L.: Úlcera postbulbar. Revista Cub. de Gastroenterología. Tomo IV. No. 3. Julio-Septiembre, 1954.
2. —Falla Alvarez, L.: Postbulbar duodenal ulcers. Gastroent. Vol. 8. No. 1, January, 1947.
3. —Fariñas P.: Arch. Soc. Est. Clin. de la Habana. 15: 1, 1941.
4. —Gutmann R., Daoud, J.: Les ulcers du duo. denum descendant. Press. Med. No. 18. 10 Mars, 1954.
5. —Guyen Dinh Hoang.: L'ulcere duodenal postbulbar. Press Med. N. 23. Maii, 1960.
- 6.—Heckford, A. A.: Lancet, 2: 577, 1866.
7. —Hyman S., Steigmann F., Shorsch H.: Postbulbar ulcer. A growing diagnostic and therapeutic problem. Amer. J. Gastroent. 40. 255-63. Sepbre, 1963.
8. —Lecompte P. Inglesakis, Arch. mal. appar. dig. 53. 444-9. April, 1964.
9. —Leoyd H. Bergner and Gold, E.: Postbulbar peptic ulcer of the duodenum. Amer. J. of Gastroent. 40. 255-63. Sepbre, 1963.
10. —Palmer, E.: Clinical gastrent. A. Holder- Harper book. 1957.
11. —Parturie et Aimard.: Soc. Med. des Hosp. Paris. 31: 1666. 1920
12. —Rougemont, C.: Les ulcer de la portion descendant du duodenum. J. Chir. Paris. 78. 534-57. Dec., 1959.
13. —Toye-Lazarin. These de Toulouse. 1937.