



ÚLCERA PILÒRICA D'EVOLUCIÓ ATÍPICA EN UN ADOLESCENT.

Miquel, O; Pérez, M; Fort, E; Figa, M; Busquets, D; Aldeguer, X.

Hospital Universitari de Girona "Dr. Trueta".

Cas clínic:

Pacient de 15 anys d'edat. No presenta al·lèrgies medicamentoses conegudes ni hàbits tòxics. Natural del Marroc, resident des de fa 4 anys al nostre país.

Nega antecedents familiars d'interès.

Té com antecedents varicel·la a l'infància sense seqüeles, asma desencadenat per exercici en tractament amb inhaladors a demanda. Presenta anèmia ferropènica de 1 any d'evolució, en tractament amb ferro oral, sense resposta, en seguiment pel metge de família.

Respecte antecedents digestius el pacient presenta restrenyiment d'anys d'evolució que tracta amb laxant esporàdicament, amb un episodi de rectorràgies autolimitat (març 2010).

El gener del 2011 inicia quadre de dolor epigàstric tipus còlic d'intensitat lleu-moderada, que augmenta per les nits i de predomini postprandial, amb sensació de plenitud que s'alleugera amb el vòmit provocat diverses vegades al dia. El quadre s'acompanya de pèrdua de pes i astènia important. Va consultar a un digestòleg a França i es va realitzar FGS que informava de úlcera pilòrica, sense signes de malignitat, amb cert grau d'estenosi. Es realitzen biòpsies, es sol·licita gastrinèmia i s'inicia tractament erradicador amb OCA a dosi estàndard.

A l'abril 2011 és derivat a CCEE del nostre centre per persistència de la clínica de dolor epigàstric i vòmits. Es procedeix a realitzar nova FGS que objectiva persistència de la úlcera pilòrica amb les característiques anteriorment descrites, s'inicia tractament amb IBP a dosi altes amb escassa millora. Addicionalment explica marcada pèrdua de pes l'últim mes no quantificada, amb el seu ritme intestinal habitual (restrenyiment). Es decideix ingrés hospitalari amb la sospita de mala adherència al tractament per la persistència dels símptomes malgrat el tractament indicat.

A l'ingrés destaca baix pes (45kg, IMC 15). Analíticament s'objectiva una albúmina de 3'5 gr/dl, amb colesterol baix i una prealbúmina de 15'3mg/dl, amb un Hemoglobina de 9'9 g/dl i un hematòcrit de 28%.

Es realitza nova FGS a planta on s'observa una úlcera pilòrica estenosant, es prenen múltiples biòpsies de la lesió, i es col·loca sonda de NE amb inici d'una dieta hiperproteïca amb bona tolerància. Durant l'hospitalització s'inicia tractament amb omeprazol parenteral durant 7 dies. L'anatomia patològica informa de fons de úlcera amb fibrina sense observar microorganismes tipus *Helicobacter Pylori*. Davant la persistència de la clínica de vòmits i dolor abdominal, es realitza nova FGS als 7 dies de tractament sense objectivar millora de la lesió estenosant pilòrica.

Donada la persistència de la clínica i de la lesió pilòrica estenosant, i refractària al tractament mèdic, es decideix realitzar RMN intestinal en busca d'altres lesions intestinals per úlcera d'evolució atípica. Les troballes radiològiques mostren una moderada inflamació i discreta estenosi a nivell d'ili distal. S'indica FCS on s'observa a nivell d'ili, una zona amb ulceracions mucoses superficials serpiginoses, en forma d'empedrat, molt friables. Les troballes serien compatibles endoscòpicament amb una malaltia inflamatòria intestinal, tipus malaltia de Crohn. L'anatomia patològica confirma la malaltia. Davant d'un pacient jove amb malnutrició i afectació gàstrica i ileal, es decideix iniciar tractament amb adalimumab.

Es canvia la NE per nutrició polimèrica completa amb millora progressiva de l'estat nutricional del pacient. Es deriva a dietista per tal de fer seguiment del pacient i ajustar requeriments nutricionals de cara a l'alta.

Es realitza seguiment a CCEE, fins a l'actualitat. El pacient no presenta nova clínica de vòmits ni dolor abdominal, amb millora progressiva dels paràmetres nutricionals, i amb augment significatiu del pes i un marcat augment del percentil de la talla. Es realitza revisió endoscòpia (VGS i VCS) amb millora de l'estenosi gàstrica i resolució de la ulceració , quedant una inflamació residual; i a nivell ileal una mínima inflamació residual. Actualment el pacient es troba en remissió clínica , endoscòpica i en tractament amb adalimumab.

A Girona 10 de març 2012.