



Casos clínicos en Digestivo

Duodenitis, la gran desconocida

Ana Reyes Domínguez^a, Iván Carabaño Aguado^a, Miguel Rasero Ponferrada^b, Enrique Salcedo Lobato^a, Enrique Medina Benítez^a

Publicado en Internet:
20-junio-2022

Ana Reyes Domínguez:
anitard71@gmail.com

^aSección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España • ^bSección de Radiología Infantil. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Palabras clave:

- Duodenitis
- Duodeno
- *Helicobacter pylori*
- Inflamación

Resumen

Debido a la relación que mantiene el duodeno con el resto de los órganos vecinos, el abordaje de la duodenitis implica realizar un amplio diagnóstico diferencial. Las patologías de este sector del intestino delgado son muy diversas e incluyen procesos congénitos, inflamatorios, traumáticos y neoplásicos. En el presente caso, comentamos una duodenitis erosiva secundaria a una infección por *H. pylori*.

Duodenitis, the great unknown

Key words:

- Duodenitis
- Duodenum
- *Helicobacter pylori*
- Inflammation

Abstract

Due to the relationship of the duodenum with all other adjacent organs, the approach to duodenitis requires a broad differential diagnosis. Diseases in this part of the small intestine are diverse and include congenital, inflammatory, traumatic and malignant processes. Here, we discuss a case of erosive duodenitis secondary to *Helicobacter pylori* infection.

INTRODUCCIÓN

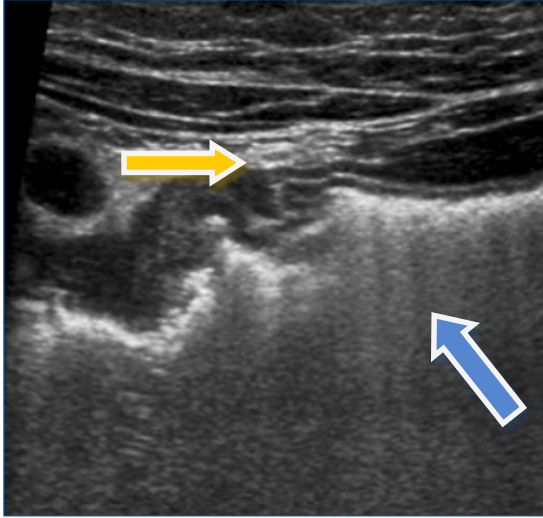
La existencia de una condición inflamatoria del duodeno se conoce como duodenitis. Existen muy pocos estudios sobre patologías duodenales en la población pediátrica. La duodenitis puede tener múltiples causas, entre las que se encuentran las alteraciones de la propia pared del duodeno u otras patologías de órganos vecinos. Los síntomas y signos más frecuentes son: dolor abdominal, vómitos, sepsis (en caso de perforación de pared duodenal) y hemorragia digestiva alta, si existe una úlcera asociada¹.

CASO CLÍNICO

Niño de 9 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, remitido a consulta de Digestivo desde Atención Primaria por cuadro de dolor abdominal difuso de un mes de evolución, de intensidad moderada-grave. Refería despertares nocturnos debido al dolor. No vómitos. Realizaba una deposición diaria, tipo Bristol 4, sin productos patológicos. Buen apetito. No pérdida de peso ni fiebre. No aftas. Buen desarrollo ponderoestatural. Exploración física normal, salvo dolor intenso a la palpación del epigastrio.

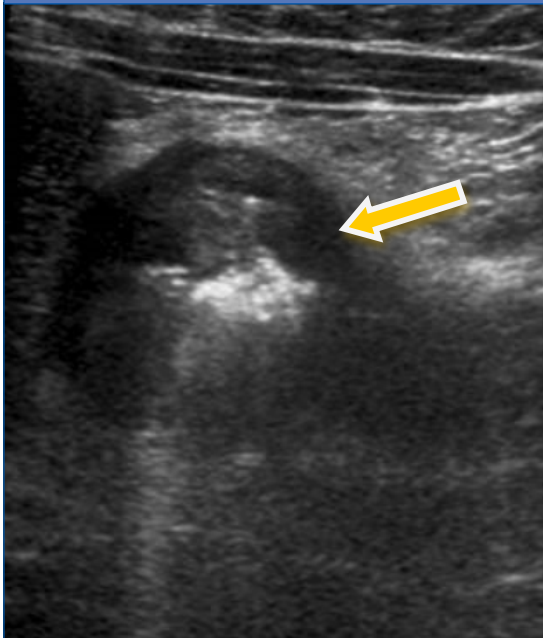
Cómo citar este artículo: Reyes Domínguez A, Carabaño Aguado I, Rasero Ponferrada M, Salcedo Lobato E, Medina Benítez E. Duodenitis, la gran desconocida. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:e235-e238.

Figura 1. Flecha azul: engrosamiento mural de la pared duodenal y cambios inflamatorios de la grasa adyacente. Flecha amarilla: adenopatía reactiva



Se solicitó una ecografía abdominal, donde se objetivó un engrosamiento marcado de la pared duodenal y cambios inflamatorios yuxtaduodenales (Figs. 1 y 2). Además, se realizó analítica sanguínea

Figura 2. Sección transversal del duodeno. Con la flecha amarilla remarcamos el importante engrosamiento de su pared. La pared del duodeno se ve de color oscuro. Los tonos blancos de su interior corresponden al contenido intestinal



y de orina, sin alteraciones; estudio microbiológico fecal negativo.

Se completó el estudio con una endoscopia digestiva alta, donde se visualizaron varias lesiones erosivas y una úlcera bulbar, con engrosamiento pilórico y nodularidad antral y esofágica. En la anatomía patológica se observó duodenitis activa erosiva, gastritis superficial activa antral y fúngica, con presencia de folículos linfoides y esofagitis leve. Además, se detectó la presencia de bacilos de tipo *H. pylori* (HP) en muestras de segunda porción duodenal, antro y esófago. El cultivo para dicha bacteria fue positivo para *H. pylori* sensible a claritromicina.

Se programa un ciclo de omeprazol-claritromicina-amoxicilina durante 14 días, con posterior normalización de la clínica. Se verificó la erradicación de la infección, a través de un test del aliento, realizado a las 8 semanas.

De forma paralela, se realizó ecografía abdominal de control en ese momento, donde se constató una importante mejoría radiológica del engrosamiento duodenal y de los cambios inflamatorios locorreccionales presentes en el estudio ecográfico previo.

DISCUSIÓN

Existen numerosos estudios sobre la gastritis y la esofagitis en niños; sin embargo, el número de artículos sobre la duodenitis en la población pediátrica es bastante limitado².

El diagnóstico de la duodenitis es anatomopatológico. Aunque la inflamación duodenal puede ser secundaria a diversas etiologías, a efectos prácticos pueden establecerse dos grandes grupos: las duodenitis inflamatorias (no infecciosas) y las duodenitis infecciosas¹.

Las duodenitis de causa inflamatoria más frecuentes se exponen en la **Tabla 1**.

La causa más frecuente de duodenitis infecciosa es la causada por el *Helicobacter pylori* (HP), que puede asociar úlceras³. Cuando estas son mayores de dos centímetros tienen alto riesgo de sangrado y perforación.

Tabla 1. Causas de duodenitis inflamatoria, no infecciosa

Enfermedad celiaca
Enfermedad inflamatoria intestinal
Duodenitis secundaria a pancreatitis del surco
AINE
Cáusticos

En nuestro caso, se constató la presencia del HP, responsable de las lesiones que se objetivaron en la ecografía y en la esofagogastroscoopia.

La infección por HP está estrechamente asociada con el desarrollo de úlceras, gastritis o duodenitis erosivas y otros síntomas extragastrointestinales como la anemia ferropénica refractaria y la trombocitopenia inmune primaria⁴. La infección es asintomática en la mayoría de los casos. Estudios recientes sugieren que en los niños la proporción de úlceras y erosiones gastroduodenales asociadas a la infección por HP es muy baja⁵. La úlcera asociada a la infección puede causar dolor abdominal intenso, vómitos posprandiales, rechazo de las tomas, pérdida de peso y hemorragia digestiva⁶.

Las guías conjuntas ESPGHAN-NASPGHAN han recomendado que ante el hallazgo de úlceras duodenales o duodenitis erosivas es fundamental realizar un despistaje de HP debido a la fuerte asociación

entre ambas patologías⁷. En el caso de confirmar la infección por HP mediante pruebas invasivas y cultivo con estudio de sensibilidad bacteriana a los antibióticos, se recomienda el tratamiento erradicador de la infección⁸. Tras establecer el tratamiento adecuado y erradicar la infección por HP, la úlcera duodenal y duodenitis erosiva remiten totalmente⁹.

El dolor abdominal es un síntoma muy frecuente en las consultas de Atención Primaria. Entre todas las causas posibles, no hemos de olvidar la patología duodenal. Como se expone en el presente artículo, el origen de dicha patología puede ser muy dispar. En algunos casos la clínica y la exploración física nos pueden guiar directamente a un diagnóstico, pero en otras ocasiones se han de solicitar las pruebas complementarias adecuadas; entre ellas, la ecografía abdominal y la endoscopia digestiva alta.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AINE: antiinflamatorio no esteroideo • **HP:** *H. pylori*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Akbulut UE, Fidan S, Emeksiz HC, Ors OP. Duodenal pathologies in children: a single-center experience. *J Pediatr (Rio J)*. 2018;94:273-8.
2. Alper A, Hardee S, Rojas-Velasquez D, Escalera S, Morrotti RA, Pashankar DS. Prevalence and Clinical, Endoscopic, and Pathological Features of Duodenitis in Children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016;62:314-6.
3. Robinson K, Atherton JC. The Spectrum of *Helicobacter*-Mediated Diseases. *Annu Rev Pathol*. 2021;16:123-44.
4. Koletzko S, Jones NL, Goodman KJ, Gold B, Rowland M, Cadranet S, et al. *H. pylori* Working Groups of ESPGHAN and NASPGHAN. Evidence-based guidelines from ESPGHAN and NASPGHAN for *Helicobacter pylori* infection in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2011;53:230-43.
5. Burgard M, Kotilea K, Mekhael J, Miendje-Deyi VY, De Prez C, Vanderpas J, et al. Evolution of *Helicobacter pylori* associated with gastroduodenal ulcers or erosions in children over the past 23 years: Decline or steady state? *Helicobacter*. 2019;24:e12629.
6. Kato S, Shimizu T, Toyoda S, Gold BD, Ida S, Ishige T, et al. Japanese Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. The updated JSPGHAN guidelines for the management of *Helicobacter pylori* infection in childhood. *Pediatr Int*. 2020;62:1315-31.
7. Zamani M, Ebrahimitabar F, Zamani V, Miller WH, Alizadeh-Navaei R, Shokri-Shirvani J, et al. Systematic review with meta-analysis: the worldwide prevalen-

- ce of *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther.* 2018;47:868-76.
8. Hossain MS, Das S, Begum SMKN, Rahman MM, Mazumder RN, Gazi MA, *et al.* Asymptomatic Duodenitis and *Helicobacter pylori* associated Dyspepsia in 2-Year-Old Chronic Malnourished Bangladeshi Slum-Dwelling Children: A Cross-Sectional Study. *J Trop Pediatr.* 2021;67:fmaa079.
 9. Malik TF, Gnanapandithan K, Singh K. Peptic Ulcer Disease. *Stat Perls.* 2021 [en línea] [consultado el 25/01/2022]. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534792/