



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-110 - PERFORACIÓN GÁSTRICA Y DOBLE PÍLORO ADQUIRIDO SECUNDARIO A SONDA DE INFUSIÓN CONTINUA INTRADUODENAL LEVODOPA/CARBIDOPA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADO

*Lendinez Romero, Inmaculada; Ubiña Martínez, Juan Alfredo; Moreno Cortés, Clotilde; García Martínez, María de los Ángeles*

*Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.*

### Resumen

**Introducción:** El tratamiento con infusión continua de levodopa/carbidopa intraduodenal (Duodopa®) está indicado en pacientes con enfermedad de Parkinson avanzada con fluctuaciones motoras graves e incapacitantes, con o sin discinesias, sin respuesta satisfactoria al tratamiento sintomático convencional. Sin embargo, esta técnica no está exenta de complicaciones y algunas de ellas se desconocen aún. El objetivo de este trabajo es ilustrar posibles complicaciones asociadas a esta técnica, la formación de doble píloro adquirido en un paciente intervenido en nuestro hospital.

**Caso clínico:** Mujer de 76 años con enfermedad de Parkinson avanzada en estadio III-IV de Hoehn&Yahr, con discinesias incapacitantes y sintomatología axial refractaria a tratamiento convencional. En 2017 inició terapia de 2ª línea con infusión continua intestinal de levodopa/carbidopa mediante gastrostomía endoscópica percutánea. Seis meses tras el recambio, ingresó por vómitos, dolor abdominal, fiebre y menor longitud de la porción externa del catéter. La endoscopia digestiva alta observó en la transición cuerpo-antro el orificio interno de la gastrostomía en curvatura mayor con continuación de la sonda hacia curvatura menor donde se dejaba de apreciar, sin observarla en duodeno explorado. TC abdominal informó de sonda mal posicionada, atravesando antro gástrico y llegando directamente a la tercera porción duodenal, con extremo distal en el interior de un asa de intestino delgado localizada en fosa ilíaca derecha. Se realizó laparotomía exploradora urgente evidenciando entrada de la sonda a estómago con salida en cara posterior gástrica a nivel de curvatura menor, íntimamente adherida a la tercera porción duodenal, estableciendo una fístula gastroduodenal, paso de la sonda a su través y perforación gástrica adyacente. El extremo de la sonda alcanzaba. Se extrajo la sonda mediante enterotomía y cierre primario de perforación gástrica con epiploplastia. El postoperatorio evolucionó favorablemente.

**Discusión:** La infusión continua de levodopa/carbidopa intraduodenal es una técnica no exenta de complicaciones, algunas relacionadas con la propia técnica de gastrostomía percutánea, otras propias del sistema, principalmente leves, pero en otros casos graves como úlcera por decúbito, obstrucción, migración de sonda. Éstas últimas suelen ocurrir a medio-largo plazo. La úlcera antroduodenal ocurre por decúbito en pacientes con movilidad limitada o por sonda tensa. La formación de una fístula gastroduodenal crea una imagen endoscópica inusual en doble píloro adquirido, similar a la ocurrida en la enfermedad ulceropéptica. Existen varias teorías sobre su

patogenia, la más aceptada es la erosión de la pared gástrica por una úlcera, su penetración origina adherencias en la pared de estos órganos y forma un trayecto fistuloso. La localización más frecuente es entre curvatura menor-1ª porción duodenal. Sin embargo, se describe un segundo tipo localizado en cara posterior gástrica que comunica con 3ª-4ª porción duodenal, como es nuestro caso. La mal posición del catéter ocurre durante el recambio, al confundir el orificio con el verdadero píloro. El tratamiento puede ser con antisecretores en asintomático o precisar cirugía urgente en caso de complicación. El catéter debe retirarse al menos un mes manteniendo tratamiento con IBP en espera de cierre espontáneo. Aunque hasta el 20% precisa cirugía electiva.