



Perforación yeyunal por gastrinoma

Sr. Director:

La perforación yeyunal es la más rara de las del tubo digestivo, suponiendo por otra parte sólo un 20% de las de intestino delgado¹. Su diagnóstico preoperatorio es difícil, lo que conlleva generalmente un retraso terapéutico y una elevada mortalidad. Una de las causas entre las no traumáticas menos frecuentes es la que se produce por causa péptica dentro del síndrome de Zollinger-Ellison (SZE)².

Se presenta el caso de una paciente de 82 años, con antecedentes de hipertensión arterial tratada médicamente, diagnosticada años antes por presentar episodios diarreicos de colon irritable. Había sido intervenida 25 años antes por una fisura anal, y tratada conservadoramente en 1989 por una fisura de fémur.

La enferma ingresó en noviembre de 1993 por cuadro de dolor abdominal, iniciado 4 días antes, primero localizado en epigastrio y posteriormente difuso, acompañado de vómitos. Ingresada en observación, la paciente presentaba leucocitosis de 15.000, con 10 bandas, y radiología de abdomen anodina, con el resto de la analítica normal incluido

el equilibrio acidobásico. Se practicó ecografía abdominal con eco-Doppler de vasos mesentéricos, que fue normal. El cuadro sintomático mejoró en las 24 h siguientes, con deposiciones diarreicas muy malolientes. A las 48 h presentó empeoramiento del estado general, con acentuación del dolor abdominal y aparición de clara irritación peritoneal, por lo que se decidió tratamiento quirúrgico urgente. Se practicó una laparotomía media suprainfraumbilical, y en la exploración exhaustiva de la cavidad abdominal se evidenció un "aplastonamiento" de las primeras asas yeyunales, que una vez liberado puso en evidencia la presencia de 2 perforaciones yeyunales a 10 cm del ángulo de Traitz, de bordes muy nítidos y aspecto péptico. Se practicó resección en cuña tipo Judd de la mayor y sutura de la menor, con lavado de toda la cavidad peritoneal. El curso postoperatorio transcurrió sin incidencias.

Con la sospecha, dados la clínica y el aspecto de las perforaciones, de que se tratara de un SZE, se solicitó una gastrinemia, que fue de 570 pg/ml (normal hasta 100 pg/ml), una tomografía computarizada abdominal, que demostró la presencia de una tumoración de 3 cm a nivel de la cabeza pancreática, y una fibrogastroscofia, en la que se observó un úlcus duodenal, que confirmaron la sospecha diagnóstica.

La anatomía patológica de la úlcera reseca diagnosticó una úlcera activa inespecífica, con inflamación aguda transmural.

Dada la edad de la paciente, se decidió tratarla con omeprazol, inicialmente a dosis de 60 mg, con lo que se controló todos los síntomas, incluida la diarrea, y se comprobó endoscópicamente la curación de la úlcera duodenal. La paciente falleció a los 94 años por un proceso respiratorio no relacionado con su afección digestiva.

Como se ha comentado, la perforación yeyunal no traumática es la más rara de las del tubo digestivo, mucho más rara que la ileal y más rara aún que la múltiple. Su etiología varía según la geografía; la causa infecciosa es la más frecuente en países del tercer mundo, mientras que en Occidente lo son las producidas por cuerpos extraños, medicamentosas, diverticulares y tumorales, y son muy raras las secundarias al SZE. Esta complicación es también muy rara en las series más amplias de SZE, pues son mucho más frecuentes las gastroduodenales³.

El tratamiento es muy controvertido; clásicamente se actuaba sobre el órgano diana, básicamente el estómago, aunque actualmente, si se localiza correctamente y no hay enfermedad diseminada, está indicada la resección del gastrinoma, lo cual no siempre es fácil porque muchas veces son de difícil localización. En nuestra paciente, a pesar de que teóricamente era tributaria de resección, dada la edad se decidió tratamiento médico, que fue completamente efectivo, lo que demuestra lo publicado sobre el control de los síntomas y las complicaciones del SZE con inhibidores de la bomba de protones⁴. El comportamiento del tumor en nuestra paciente hace pensar que se trataba de un gastrinoma benigno, como lo es un alto porcentaje⁵, según demuestra la supervivencia de más de 12 años.

**Alberto Bianchi, Francisco Espín, Laura Pulido
y Mario Ubach**

Servicio de Cirugía General. Hospital de Mataró.
Mataró. Barcelona. España.

Bibliografía

1. Leinjonmarck CE, Fenyo G, Raf L. Nontraumatic perforation of the small intestine. *Acta Chir Scand.* 1984;150:405-11.
2. Waisberg J, Bromberg SH, Franco MI, De Godoy AC. Spontaneous perforations of the small bowel. *Int Surg.* 1997;82:420-4.
3. Waxman I, Gardner JD, Jensen RT, Maton PN. Peptic ulceration as the presentation of Zollinger-Ellison syndrome. *Dig Dis Sci.* 1991;36:19-24.
4. Hirschowitz BI, Mohnen J, Shaw S. Long term treatment with lansoprazole for patients with Zollinger-Ellison syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 1996;10:507-22.
5. Kisker O, Bastian D, Bartsch D, Nies C, Rothmund M. Localization, malignant potential, and surgical management of gastrinomas. *World J Surg.* 1998;22:651-7.