

CASO CLÍNICO

Homem de 52 anos, leucodérmico

História médica pregressa: hábitos alcoólicos moderados, fumador
Sem medicação habitual

O doente recorreu ao serviço de urgência por quadro com dois dias de evolução de **epigastralgia, anorexia e melenas**.
Referia toma ocasional de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) por lombalgias ocasionais.

Ao Exame físico:

- Toque rectal: dedo de luva com fezes escuras compatíveis com melenas
- Palidez cutânea
- Hemodinamicamente estável, sem outras alterações

Analiticamente:

- Anemia normocítica normocrómica (**Hg 7,9g/dL**)
- **Ureia** elevada (**48,6mg/dL**) com creatinina normal (0,7mg/dL)

Endoscopia digestiva alta:

- Mucosa do antro gástrico hiperemiada e edemaciada sugestiva de gastrite.
- **Na parede anterior do bulbo duodenal, visualizou-se uma úlcera profunda de bordos elevados com cerca de 15mm de diâmetro** (Figura 1)



O doente foi então medicado com **inibidor da bomba de protões**

2 meses depois....

Repetida Endoscopia digestiva alta:

Dois orifícios comunicando o antro gástrico e o bulbo, separados por um septo. A fístula gastroduodenal localizava-se na pequena curvatura do antro, junto ao piloro anatómico. Ambos os orifícios eram franqueáveis pelo endoscópio. (Figura 2)

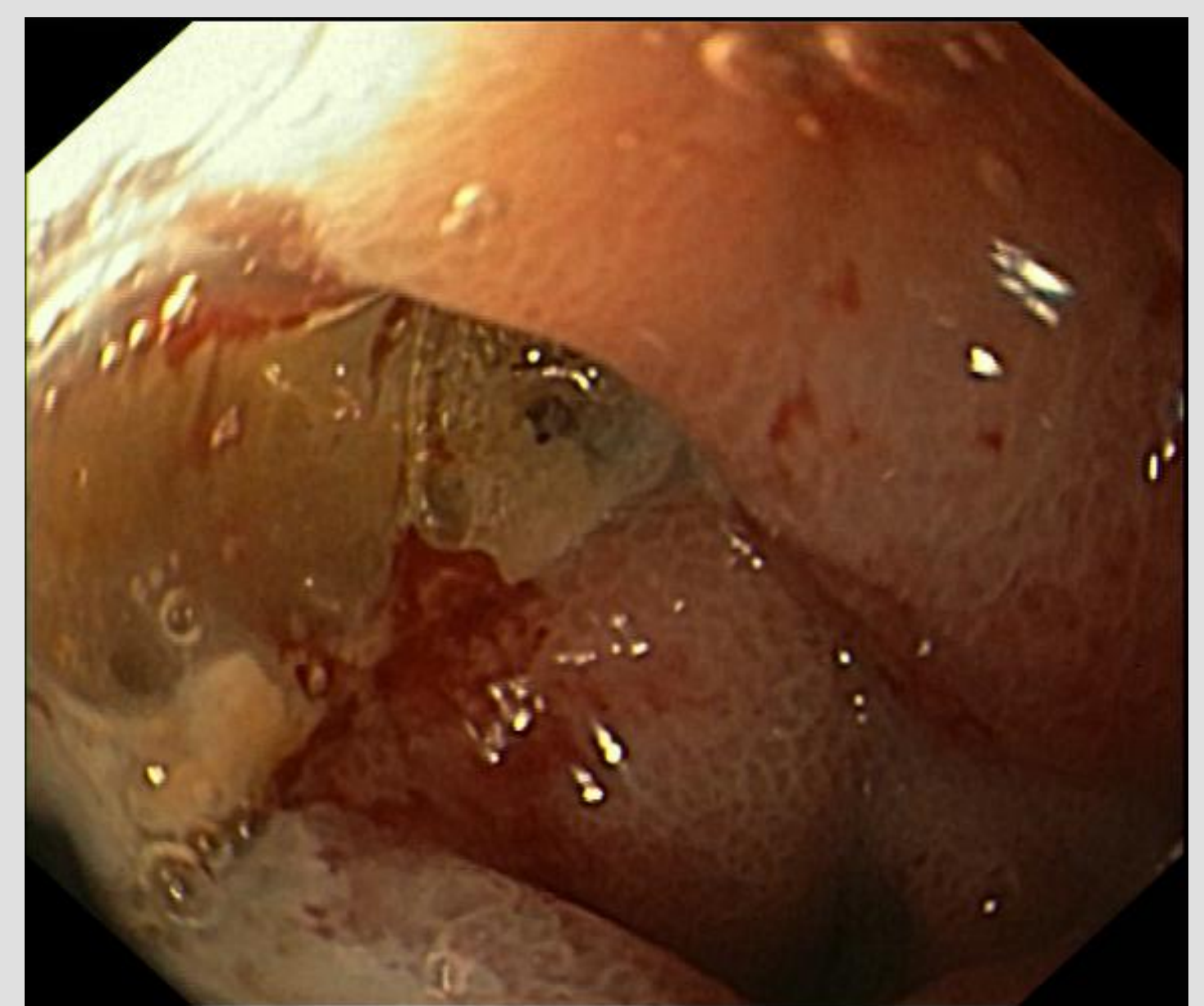


Figura 1

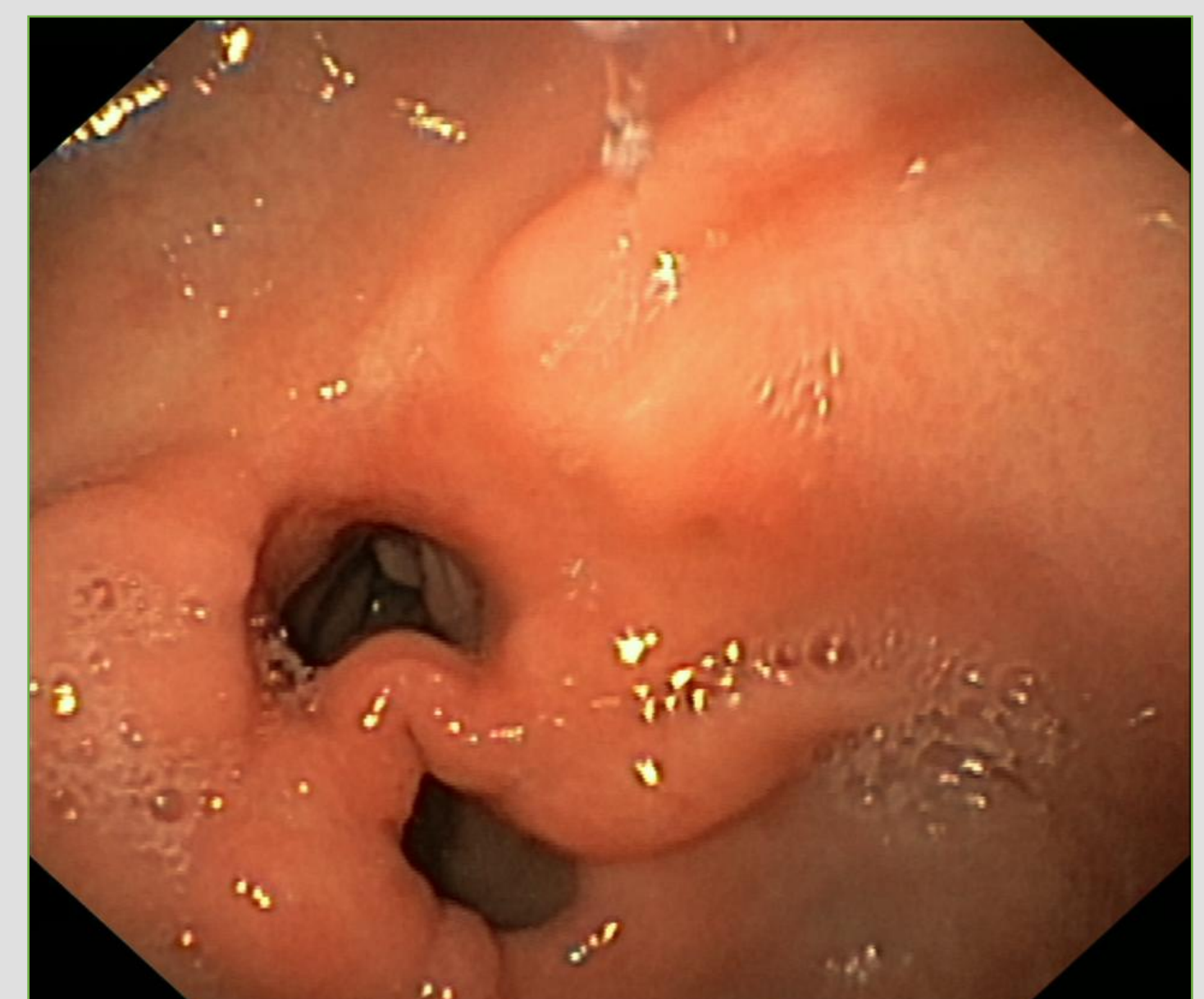


Figura 2

Os achados endoscópicos eram compatíveis com um **duplo piloro adquirido secundário a úlcera do bulbo duodenal**

Realizadas ainda biópsias gástricas cuja histologia mostrou uma gastrite superficial crónica, sem colonização por *Helicobacter pylori*.

CONCLUSÕES

- ✓ O **duplo piloro** é uma **condição rara** caracterizada pela presença de uma **dupla comunicação entre o antro gástrico e o bulbo duodenal**. Pode ocorrer como uma anormalidade congénita ou como complicação de uma úlcera penetrante.
- ✓ O diagnóstico é tipicamente realizado por estudo endoscópico.
- ✓ Colonização por *Helicobacter pylori* e toma de AINEs podem constituir fatores de risco e comprometer a cicatrização da mucosa.
- ✓ Na maioria dos casos, o tratamento é conservador, incluindo inibidores da bomba de protões, a evicção de AINEs e a erradicação do *Helicobacter pylori*.

REFERÊNCIAS

- Lei J et al. Acquired double pylorus: Clinical and endoscopic characteristics and four-year follow-up observations. *World J Gastroenterol* 2016; 22(6):2153-2158
- Hu TH, Tsai TL, Hsu et al. Clinical characteristics of double pylorus. *Gastrointest Endosc* 2001; 54(4):464-470
- Lee TH, Park SH. Double pylorus secondary to recurrent ulcer: serial endoscopy follow-up. *Endoscopy* 2008; 40 (Suppl 2): E226.