

## CASO CLÍNICO

# ÚLCERAS DUODENALES EN ESPEJO COMO CAUSA DE MUERTE INESPERADA

## UNEXPECTED DEATH DUE TO DUODENAL KISSING ULCERS

Pedro Manuel Garamendi González<sup>1</sup>; Fátima Minchón Carrasco<sup>1</sup>

1. Servicio de Patología Forense IMLCF de Huelva

**Enviado: 06.06.24 | Revisado: 18.07.24 | Aceptado: 19.07.24**

DOI: 10.59457/cmef.2024.27.01.cc02  
Cuad Med Forense. 2024; 27(1):57-62

### Resumen

Se presenta un caso de úlcera "en espejo" del bulbo duodenal que causó la muerte del paciente como consecuencia de hemorragia digestiva alta masiva asociada con perforación duodenal de ambas úlceras y peritonitis asociada. El fallecido, sin antecedentes patológicos conocidos, había sido tratado con antiinflamatorios no esteroideos de forma continuada durante un plazo de tres semanas sin prescripción de protectores gástricos. La imagen de "úlceras en espejo" como causa de muerte inesperada en el contexto de la patología forense resulta excepcional.

### Abstract

We present a case of "kissing" ulcers of the duodenal bulb that caused the death of the patient as a consequence of massive upper gastrointestinal bleeding associated with duodenal perforation of both ulcers and associated peritonitis. The deceased, with no known pathological history, had been treated with non-steroidal anti-inflammatory drugs continuously for a period of three weeks without prescription of gastric protectors. The image of "mirror ulcers" as a cause of unexpected death in the context of forensic pathology is exceptional.

### Palabras clave:

Autopsia forense;  
Úlceras en espejo;  
Duodeno;  
Hemorragia digestiva alta;  
Peritonitis.

### Key words:

Forensic autopsy;  
Kissing ulcers;  
Mirror ulcers;  
Duodenum;  
Upper gastrointestinal bleeding;  
Peritonitis.

### Correspondencia:

**Pedro Manuel Garamendi González**

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Huelva.  
Servicio de Patología Forense. Avda. Alemania, 7 · 21071. Huelva.  
E-mail: imanolgaramendi@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

La úlcera péptica era una patología poco frecuente antes del siglo XIX. Especialmente durante la primera mitad del siglo XX fue una causa importante de morbimortalidad. Desde finales del siglo XX, con el advenimiento de nuevos tratamientos y técnicas diagnósticas y quirúrgicas la incidencia de esta enfermedad disminuyó, aunque no así sus complicaciones severas. En el contexto de la patología forense la aparición de muertes asociadas con complicaciones de las úlceras pépticas es poco frecuente y resulta especialmente infrecuente la aparición de úlceras "en espejo" complicadas de forma simultánea por hemorragia y perforación de ambas úlceras.

## CASO CLÍNICO

Varón de 53 años de edad, sin antecedentes somáticos o psíquicos conocidos. El paciente vive en la calle y sufre una agresión por la que es atendido al día siguiente en un centro sanitario. Se le diagnostica una fractura de 5º arco costal derecho. Como tratamiento se le pautan naproxeno 550 mg/12 horas, metamizol 575 mg/8 horas y una dosis de desketoprofeno IM, así como medidas físicas (frío local) y seguimiento por su médico de atención primaria. Veinte días después acude en dos ocasiones a los servicios de urgencias por persistencia de dolor costal derecho. La pauta recomendada fue en un primer momento hidrocloruro de tramadol 75 mg y desketoprofeno 25 mg cada 8 horas y añadir si fuese necesario metamizol o paracetamol. En una segunda consulta se le pautan dolantina y diazepam y se le mantiene la pauta médica anterior.

El paciente es hallado muerto veintidós días tras la agresión en un banco del parque la vía pública y se le somete a autopsia médico forense al no constar certificado de defunción y no conocerse causa precisa del fallecimiento. En la autopsia de varón adulto de raza caucasoide de 174 cm de estatura y 82 kg de peso. Destaca el estado intensamente pálido de piel y mucosas y la presencia de restos de sangre que manan de la boca. Se practica autopsia con incisión mediante método de Virchow modificado con apertura de las tres cavidades y disección cervical anterior por planos. Se prac-

tica evisceración según extracción en bloque cérvico-torácico y estudio de los órganos abdominales mediante método de Virchow. La autopsia de las cavidades craneal, torácica y cervical no revela hallazgos destacados, excepto la presencia de restos hemáticos en vías respiratorias superiores e inferiores que comunican con restos hemáticos en esófago, cuya mucosa no presenta anomalías (figuras 1 y 2). En cavidad abdominal se aprecia abundante líquido de aspecto seropurulento marrón maloliente en cantidad aproximada de un litro en el espacio peritoneal. En la zona del codo duodenal se aprecia masa de consistencia fibroadiposa en contacto con el duodeno. A la apertura del aparato digestivo se hallan restos hemáticos con trombos rojos no organizados en estómago y pliegues gástricos escasos en zona de antro y signos de generales de autólisis en mucosa. En el duodeno se hallan también restos hemáticos y en el bulbo duodenal a 4 cms del píloro se identifican dos orificios redondeados de rebordes levemente sobreelevados, eritematosos y con impregnación hemática que comunican la cavidad duodenal con el espacio peritoneal en contacto con la masa fibroadiposa ya descrita. Los orificios descritos corresponden con dos úlceras perforantes en espejo. Se solicitan estudios complementarios histológicos y toxicológicos pendientes de resultados.

## DISCUSIÓN

Las úlceras pépticas corresponden con lesiones en las que se pierde una parte de la mucosa gastroduodenal, quedando los planos subyacentes expuestos a la acción de los ácidos y enzimas gástricos. Por su localización estas úlceras pueden situarse a nivel del estómago en sus porciones distal o proximal, en el cardias y en el saco herniario en caso de hernia de hiato o en el duodeno. La úlcera péptica es una de las entidades digestivas más comunes. Se calcula que una de cada 10 personas puede sufrir una úlcera péptica en algún momento de su vida (1).

Como factores causales conocidos más comunes se cuentan las infecciones por *Helicobacter pylori*, la exposición a fármacos, especialmente antiinflamatorios no esteroideos y salicilatos, si bien se ha descrito relacionada también con

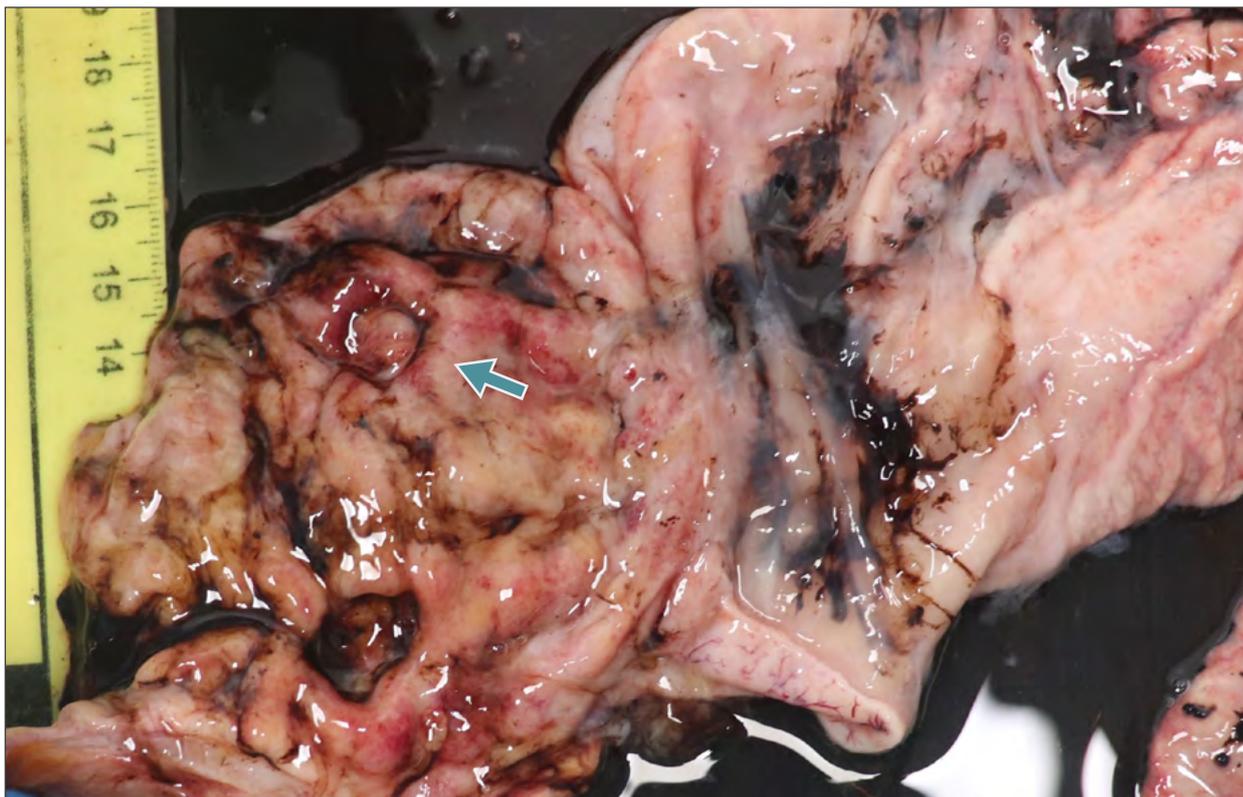


Figura 1. Vista del duodeno y antro pilórico. Sendas úlceras en espejo señaladas con flechas.

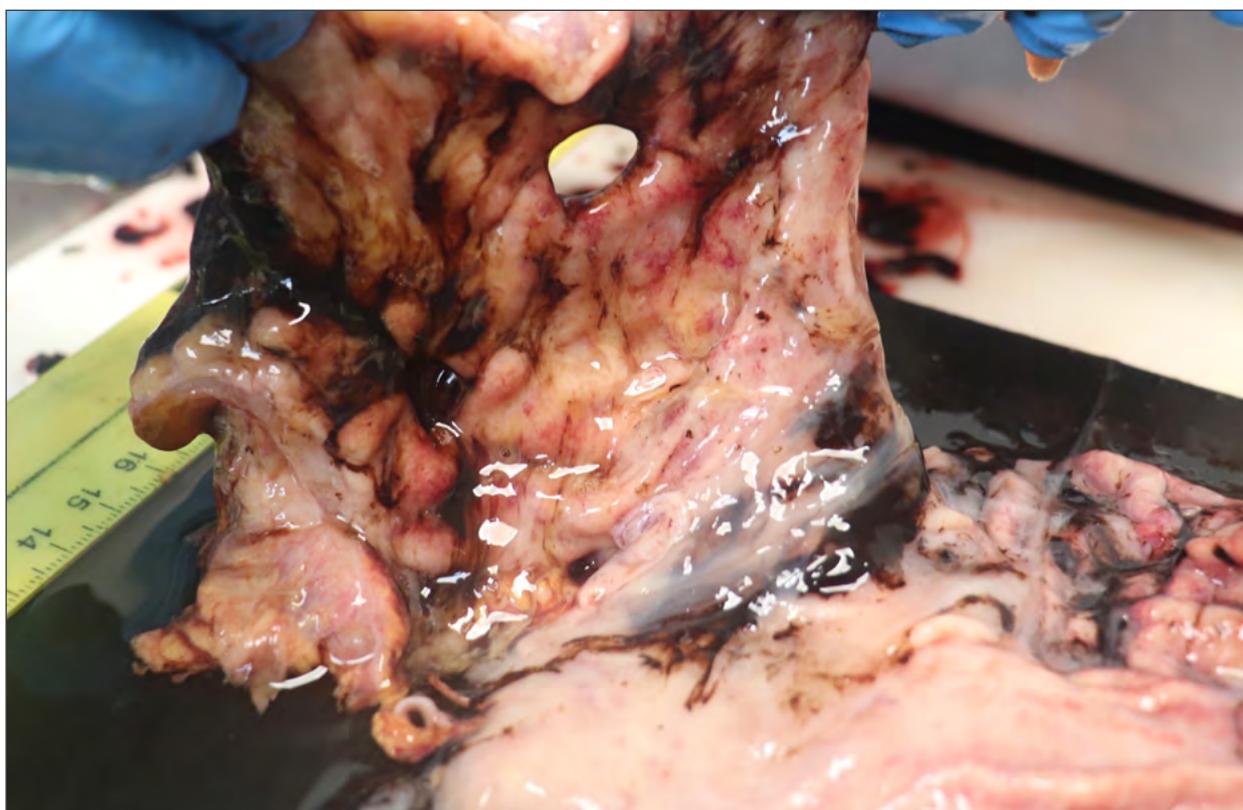


Figura 2. Vista de la perforación completa de una de las dos úlceras en espejo.

### ÚLCERAS DUODENALES EN ESPEJO

Garamendi González PM, *et al.*

Cuad Med Forense. 2024; 27(1):57-62

otros fármacos como la doxiciclina, tetraciclina y clindamicina a nivel esofágico (2), y las situaciones de estrés físico y/o psíquico (úlceras de Curling). Esencialmente, el *Helicobacter pylori* produce inflamación de la mucosa y los AINE interfieren con la síntesis de prostaglandinas endógenas que regulan el flujo sanguíneo de la mucosa, la secreción de moco, la proliferación epitelial, la secreción de bicarbonato y la secreción ácida. Se ha propuesto en algunos casos su posible origen traumático secundario a accidentes de tráfico (3). El tabaquismo y la raza negra se relacionan con una mayor incidencia de úlcera péptica y existe una mayor predisposición por factores genéticos y síndromes como el MEN tipo 1.

Las úlceras duodenales afectan principalmente a varones en torno a 30 a 40 años de edad y asientan principalmente en la región bulbar. Las úlceras duodenales postbulbares suelen relacionarse con enfermedades asociadas con hipersecreción ácida, como el síndrome de Zollinger-Ellison.

Las complicaciones más severas de las úlceras son la perforación de la úlcera y la hemorragia digestiva alta. En un 80% de los casos de hemorragia digestiva alta el sangrado es autolimitado con un bajo riesgo de mortalidad. En el 20% restante el sangrado es recurrente o persistente con una mortalidad que puede alcanzar hasta el 30%. Detectar precozmente este grupo de alto riesgo para orientar adecuadamente las medidas diagnósticas y terapéuticas constituye un objetivo principal en el manejo de esta patología (4). El riesgo de sangrado o

resangrado de las úlceras y la necesidad de proceder a tratamiento endoscópico se pueden cuantificar mediante la clasificación de Forrest de las úlceras pépticas (5) (tabla 1). La perforación de estas úlceras produce la comunicación del contenido digestivo con el espacio peritoneal, lo que puede conducir a la aparición de peritonitis, pero también puede afectar a otras vísceras abdominales como el hígado o el páncreas (6).

Las úlceras en espejo (kissing ulcers o mirror ulcers) son una variante de las úlceras pépticas en la que se desarrollan sendas lesiones ulcerosas en paredes opuestas del tubo digestivo (7). Las que asientan en el duodeno dentro de su infrecuencia son relativamente más frecuentes que las localizadas en estómago (8). En nuestro entorno, los avances en el tratamiento farmacológico de las úlceras gastroduodenales y el uso extensivo de protectores gástricos en caso de administración de AINE han reducido los casos de hemorragia digestiva y/o peritonitis secundarios a úlcera péptica en autopsias forenses. En series forenses las úlceras en espejo como causa de muerte son muy excepcional con incidencia de un 0,09% (9).

Las úlceras gástricas y duodenales se han descrito en la literatura médica asociadas con diversos factores externos. En relación con su asociación con traumatismos físicos se ha podido observar que estas úlceras postraumáticas son predominantemente gástricas y afectan a varones de más de 50 años de edad lesionados en atropellos de tráfico con presencia de múltiples lesiones, incluyendo daño de columna cervical (55%),

**Tabla 1. Clasificación de Forrest de las úlceras pépticas y riesgo de resangrado (4,5).**

Forrest	Tipo de lesión	% Riesgo de sangrado sin tratamiento	% mortalidad sin tratamiento
IA	Sangrado pulsátil	55 (17-100)	11 (0-23)
IB	Sangrado babeante	55 (17-100)	11 (0-23)
IIA	Vaso visible, no sangrante	43 (0-81)	11 (0-21)
IIB	Coágulo adherido, no sangrante	22 (14-36)	7 (0-10)
IIC	Mácula plana, no sangrante	10 (0-13)	3 (0-10)
III	Fondo limpio	5 (0-10)	2 (0-3)

traumatismo cráneoencefálico (23%) o politraumatismo (15%) con ISS (Injury Severity Score) mayor o igual a 16 y pueden aparecer en un periodo de hasta 12 días tras el traumatismo. Las úlceras digestivas son causa de muerte directa o única en un 16% de estos casos traumáticos (2,3,9)

El caso que se presenta corresponde con una muerte inesperada consecutiva a sendas úlceras duodenales "en espejo" posiblemente consecutivas a una pauta farmacológica a base de AINE sin pauta de protección gastroduodenal. No puede descartarse plenamente la posible interferencia del traumatismo previo con el desarrollo de las úlceras, si bien su localización y las características de las lesiones no parecen corresponder con la forma de presentación de las úlceras digestivas postraumáticas descritas en la literatura. Las úlceras duodenales en este fallecido se complican con desarrollo de una hemorragia digestiva alta y perforación completa del duodeno y peritonitis asociadas. Entre las úlceras pépticas, la aparición de úlceras "en espejo" a nivel gastroduodenal como causa de hemorragia digestiva alta y perforación asociada con peritonitis y muerte inesperada resultan un hallazgo poco habitual en la casuística médico legal en nuestro entorno.

En el caso que presentamos hubiese sido conveniente para una valoración integral del caso disponer de los resultados de los análisis toxicológicos e histopatológicos solicitados. Aunque el aspecto macroscópico de las úlceras era relativamente limpio sin otros hallazgos en la mucosa duodenal, un estudio histológico hubiese sido conveniente para descartar la posible existencia de una excepcional úlcera maligna en espejo (10). Este artículo destaca la importancia de realizar una autopsia médico legal completa, incluyendo el estudio del aparato digestivo en los casos de muerte súbita.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

## FUENTES DE FINANCIACIÓN

Ninguna.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sebastián-Domingo JJ. Úlcera péptica. Abordaje terapéutico. *Farm Prof.*2003;17(6):67-72. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/319102165\\_Ulcera\\_peptica\\_Abordaje\\_terapeutico](https://www.researchgate.net/publication/319102165_Ulcera_peptica_Abordaje_terapeutico)
2. Martínez-Cabrales SA, González-Moreno EI. Úlceras esofágicas «en beso» inducidas por doxiciclina. *Rev Gastroenterol Mex.*2021;86:86-87. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2020.06.010>
3. Zhang Y, Zhang Y, Ma S et al. A rare case of kissing gastric ulcers caused by trauma. *Intract Rare Dis Res.*2016;5(4):306-307. DOI: [10.5582/irdr.2016.01061](https://doi.org/10.5582/irdr.2016.01061)
4. Pablo Cortés G. Clasificación de Forrest. *Gastroenterol Latinoam* 2010; 21 (1): 59-62. DOI: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2010n100012.pdf>
5. Martínez-Ramírez G, Manrique MA, Chñavez García MA et al. Utilidad de escalas pronósticas en hemorragia digestiva proximal secundaria a úlcera péptica. *Endoscopia.* 2016;28(4):154-159. DOI: [10.1016/j.endomx.2016.10.005](https://doi.org/10.1016/j.endomx.2016.10.005)
6. Mensier A, Bounoua F, Beretvas G et al. Kissing Gastric Ulcers Causing Acute Pancreatitis and Portal Biliopathy: What's the Link? *JOP. J Pancreas (online).*2013;14(6):646-8. DOI: [10.6092/1590-8577/1546](https://doi.org/10.6092/1590-8577/1546)
7. Atlas de videoendoscopia gastrointestinal de El Salvador [Internet]. San Salvador: El Salvador. Dr. Julio Murra Saca. c2022; [visitado 26 de abril de 2024]. Disponible en: [https://www.gastrointestinalatlas.com/espanol/ulcera\\_duodenal.html](https://www.gastrointestinalatlas.com/espanol/ulcera_duodenal.html)
8. Vemulakonda SHP, Dutta S, Jain A et al. A Rare Case of Kissing Gastric Ulcers Secondary to Non-steroidal Anti-inflammatory Drug (NSAID) Intake. *Cureus.*2022;14(7):e27490. DOI: [10.7759/cureus.27490](https://doi.org/10.7759/cureus.27490)

9. Savic S, Stevanovic R, Alempijevic D et al. Medicolegal Aspects of Post-traumatic Gastroduodenal Ulcers: A Retrospective Study. *J Forensic Sci.*2009;54(6):1423-8. doi: 10.1111/j.1556-4029.2009.01167.x
10. Tsokos M, Schmoldt A. Contribution of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs to Deaths Associated With Peptic Ulcer Disease: A Prospective Toxicological Analysis of Autopsy Blood Samples. *Arch Pathol Lab Med* (2001) 125 (12): 1572-1574. DOI: <https://doi.org/10.5858/2001-125-1572-CONAID>

**Si desea citar nuestro artículo:**

Garamendi González PM, Minchón Carrasco F. Úlceras duodenales en espejo como causa de muerte inesperada. *Cuad Med Forense.* 2024; 27(1):57-62. DOI:10.59457/cmef.2024.27.01.cc02