

TUMORES DEL DUODENO

PRESENTACION DE DOS CASOS *

DR. EVERARDO RAMÍREZ LÓPEZ.

EL DUODENO, profundamente situado en la cavidad abdominal, ofrece especiales características anatómicas, funcionales, patológicas y plantea problemas específicos para el cirujano. Es el núcleo importante de un complejo orgánico. En continuidad con el estómago, recibe las secreciones externas del hígado y el páncreas, abraza y adquiere relaciones físicamente inseparables con la cabeza de éste, especialmente en su segunda porción. En su trayecto, para continuar con el yeyuno, cruza y toma relaciones de contacto con su cara posterior, con el riñón, pelvícula y uretero derechos, con la vena cava inferior, y con la aorta abdominal. Por su cara anterior, en los límites de la tercera y cuarta porciones, pasan los vasos mesentéricos superiores. Recibe su irrigación de las arterias pancreático duodenales las cuales están situadas en el intersticio que divide a estos órganos y, al emitir sus vasos a cada uno de ellos, contribuye a reforzar la fijez a sus relaciones.

Accesible por la faringe, a través del estómago, permite obtener por sondeo muestras de su contenido, lo que se aprovecha actualmente para estudiarlas desde el punto de vista citológico, procedimiento que puede contribuir grandemente al descubrimiento temprano de neoplasias duodenales.

Los padecimientos del duodeno que requieren tratamiento quirúrgico son fundamentalmente los siguientes: *Divertículos, Inclusiones pancreáticas y los tumores benignos y malignos*. No se incluyen los padecimientos de la primera porción y los de otros órganos que como el páncreas y las vías biliares extrahepáticas obligan en ocasiones las intervenciones sobre el duodeno.

La exploración radiológica sistemática y minuciosa del duodeno ha permitido descubrir, con mayor frecuencia, la presencia de divertículos; tratándose de tumores, el problema es más difícil, pues se requiere que el volumen sea considerable y en este caso la imagen que se obtiene es indirecta, por dilatación del duodeno, o bien porque su superficie no se impregne de la substancia de contraste y deja imagen lagunar; también pueden sospecharse cuando existe alguna irregularidad en los pliegues de la mucosa.

* Leído en la sesión ordinaria del 18 de noviembre de 1959.

La presencia de tumores en el duodeno pasa frecuentemente inadvertida, por la escasa sintomatología que ofrecen, sin embargo los esfuerzos por descubrirlos y la preocupación de los clínicos así como el progreso de los medios de coloración, han permitido aumentar su incidencia.

Hasta 1939, Weber y Kirklin, de Rochester, habían reportado 17 casos y en sólo 7 años después ya habían agregado 20 casos más. En 1945 Hoffman y Grayzel, en una revisión efectuada en 64,300 intervenciones quirúrgicas y 4,430 autopsias encontraron 48 tumores en el intestino delgado de los cuales 18 eran duodenales, siendo 14 benignos y 4 revestían caracteres de malignidad.

En 1955, Horsley y Means al estudiar la incidencia de leiomiomas del intestino delgado encontraron 110 casos de los cuales en 95 la situación fue especificada, se localizaron 38 en el yeyuno, 33 en el duodeno y 24 en el íleo. En un lapso de 40 años, comprendido de 1912 a 1952, Starr y Dockerty de la Clínica Mayo, encontraron 19 leiomiomas de los cuales ninguno estaba en el duodeno. Rosenfeld y Prukman entre 65,638 enfermos que requirieron intervención quirúrgica en el Sing Country Hospital, en California, al buscar la incidencia de tumores malignos del intestino delgado, encontraron en el período entre 1940 a 1951 once casos, de los cuales dos eran leiomiomas.

La revisión de las estadísticas a este respecto, permiten afirmar que los tumores benignos del duodeno son más frecuentes que los malignos y que estos últimos tienen su origen en elementos histológicos del mismo, de los canales biliares extrahepáticos o de inclusiones embrionarias, pero que no se han señalado metástasis al duodeno y sí a las otras porciones del intestino delgado. La metástasis al intestino delgado fue señalada la primera vez por Peritz en 1926. De Castro Dockerty y Mayo reportan 26 casos de metástasis al intestino delgado, ninguno en el duodeno. Esta casuística fué tomada de la Clínica Mayo en una revisión que comprende de 1905 a 1954.

El adenoma es el tipo de tumor benigno que se encuentra más frecuentemente en el duodeno; los formados por restos pancreáticos ocupan el segundo lugar y puede haber también miomas, fibromas y lipomas. Se señalan como más raros los angiomas, cistadenomas, fibromiomas y adenomiomas.

El diagnóstico no es fácil por la escasez de síntomas que presentan y más bien se manifiestan por sus complicaciones, entre las cuales cabe señalar la oclusión más o menos acentuada del duodeno, la melena ostensible u oculta y la anemia secundaria consecutiva; si el tumor asienta en la vecindad de la ámpula de Vater, puede dar ictericia por obstrucción. Es la exploración clínica minuciosa y el examen radiológico, lo que permite encontrar signos de probabilidad o de certeza que en último análisis aclara la exploración quirúrgica.

No existen signos seguros que permitan distinguir entre la benignidad y la malignidad de un tumor duodenal, siendo lo mejor, hasta ahora, el examen ci-

tológico del contenido obtenido por sondeo; los resultados están en estudio y esperamos que nuevos reportes vengan a valorar el procedimiento.

El único tratamiento en todo caso, es el quirúrgico y consiste idealmente en la erradicación del tumor.

REPORTE DE DOS CASOS

Caso núm. 1.—S. B. mujer de 38 años, casada. Estudiada el 20 de abril de 1954.

Tiene 15 días de operada por ictericia progresiva que sufre desde hace más de dos meses. Según los informes obtenidos, le fue practicada colecistectomía. Presenta una sonda que sale del abdomen por el flanco derecho por donde ha estado drenando bilis en cantidad de 800 cc. diariamente. Persiste la ictericia y hay temperatura de 39 a 40 grados. Anorexia y astenia. El examen radiológico, con medio de contraste introducido a través de la sonda, demuestra que ésta es un tubo común apenas introducido en el colédoco; que éste y todas las vías biliares extrahepáticas se encuentran enormemente dilatadas y que el colédoco se encuentra como amputado en su terminación, justamente en la pared del duodeno que es fácilmente visible por la existencia de gases. No hay imágenes de cálculos en ninguna porción de la vía biliar. El día 23 del mismo mes y año, con los exámenes preoperatorios necesarios, se efectúa en el Sanatorio del Hospital de Jesús, laparatomía paramedia derecha, siguiendo la cicatriz de la intervención quirúrgica anterior. Se encuentra absceso subhepático como de 500 cc de pus irregularmente ligado, además de una compresa de gasa; retira el tubo del colédoco y se hace exploración instrumental del mismo; el explorador pasa libremente en toda su extensión, pero se detiene antes de pasar al duodeno, sin lograr sentir el contacto con algún cálculo. Se efectúa duodenostomía con intenciones de hacer cateterismo retrógrado y se observa una tumoración como de ocho milímetros de diámetro mayor, implantada inmediatamente arriba de la ampula de Vater, sésil, con una base de implantación edematosa y dura que infiltra y obstruye la salida del conducto colédoco. Se hace la erradicación de la tumoración y el examen histológico inmediato; cuando se obtiene el resultado de adenoma benigno, se continúa la intervención seccionando el esfínter de Oddi y haciendo coledocoduodenostomía. Se deja sonda en T y se cierra la pared por planos, dejando canalización. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Caso núm. 2.—V. R. E. Ingeniero de 50 años de edad. Casado. Estudiado el 18 de febrero de 1959.

Manifiesta tener vómitos desde el mes de octubre, que se presentan con periodicidad cada dos o tres días, muy abundantes, que causan sensación de dis-

tensión abdominal casi constante. Puede notar, en la materia que vomita, restos de alimentos ingeridos con días de anterioridad. Nota además, que al tomar alimentos líquidos, los vómitos se presentan menos frecuentemente, a grado tal que desde el mes de enero toma exclusivamente leche y desde el 15 del mes que se menciona no ha vuelto a vomitar. Ha disminuido de peso considerablemente, su peso habitual era de 84 kilos; actualmente pesa 60. No ha tenido hematemesis. Melena(?) en el mes de noviembre.

La exploración radiológica demuestra dilatación del estómago y del duodeno, sin apertura del arco duodenal; se aprecia asimismo estrechamiento de la luz en la tercera porción, por donde pasa difícilmente el medio de contraste.

Con diagnóstico de tumor de la tercera porción del duodeno es internado en el Sanatorio del Hospital de Jesús, el 22 de febrero se efectúa laparotomía paramedia derecha supraumbilical y se encuentra: estómago aumentado de volumen, vesícula y vías biliares normales, duodeno dilatado en sus dos primeras porciones. En la tercera, se palpa una masa renitente, que llena casi completamente su luz y que ocupa toda la tercera y parte de la cuarta porciones. A la palpación semeja la consistencia de la placenta. No existen ganglios palpables en ninguno de los territorios de la cavidad abdominal. Se hace duodenotomía sobre la cara anterior de la tercera porción y se encuentra una masa de consistencia blanda, de color rojo oscuro implantada en toda la pared y que invade la cuarta y parte de la segunda porciones. Se plantea la necesidad de efectuar duodenectomía parcial o pancreoduodenectomía. Como el resultado del examen histológico fue de adenoma, se optó por la primera de las intervenciones señaladas, seguida de duodeno enteroanastomosis siendo terminal en el duodeno y lateral en el yeyuno. La extirpación comprendió desde el ángulo de la segunda, hasta la mitad de la cuarta. Los detalles principales de la técnica son los siguientes: Precaución de no lesionar ni traumatizar los vasos mesentéricos superiores, por el peligro de trombosis consecutiva; ligadura de la arteria pancreático duodenal inferior, pues en determinadas porciones no es desplegable el duodeno del páncreas y hay que seccionar tejido de este último, y cuidado minucioso en las suturas de la anastomosis por la falta de peritoneo en la cara posterior del duodeno, así como el cuidado de reforzar el ángulo izquierdo, pues no es posible contar con porción suficiente de pared duodenal en este sitio y es necesario suturar sobre el páncreas.

Se termina la intervención dejando canalización subhepática, y con sutura de la pared por planos.

La intervención postoperatoria fue satisfactoria. Se efectuó control radiológico el 17 de marzo; se encontró buen funcionamiento de la boca anastomótica, y disminución de la distensión gástrica. En esta fecha el paciente revela un aumento de 4 kilos de peso. Los reportes posteriores informan que continúa su recuperación.

TUMORES DEL DUODENO

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. EVERARDO RAMIREZ LOPEZ

DR. MANUEL QUIJANO N.

LOS TUMORES del duodeno, aun cuando raros, no son excepcionales y ofrecen, por eso, interés tanto para el gastroenterólogo como para el cirujano general. Muchos permanecen asintomáticos durante toda la vida y de ahí que los hallazgos en autopsia sean más numerosos que los de la clínica, pero otros muchos manifiestan su presencia por medio de molestias digestivas vagas, obstrucción completa o incompleta y en la mayoría de los casos intermitente, o sangrado, asimismo de magnitud e importancia diversas. En una revisión casi completa de la literatura mundial sobre neoplasias benignas del intestino delgado, publicada en 1955 por Rivers, Silverstein y Tope,¹ se muestra que entre 28,576 autopsias en varios hospitales, hubo 57 casos de tumores benignos del intestino delgado, cifra muchas veces mayor, proporcionalmente, que la hallada entre piezas operatorias, ya que entre 209,039 también de varios hospitales, sólo se hallaron 23 tumores. Los mencionados autores lograron reunir de la literatura y analizar 1,399 casos, entre los cuales había 208 tumores benignos del duodeno, aparte de otros 203 en que la lesión era múltiple y estaba repartida en todo el intestino, o en que los autores no especificaban el sitio exacto. En cuanto al cáncer del duodeno, se acepta que corresponde aproximadamente a la mitad de las neoplasias malignas del intestino.

En el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, hemos tenido oportunidad de observar cuatro casos de carcinoma primitivo del duodeno² y varios otros de tumor de naturaleza benigna, entre ellos pólipos, leiomiomas, fibromas y hamartomas.

Una entidad interesante, de la que recientemente se han descrito varios casos, es el síndrome de Peutz-Jeghers, enfermedad de tipo familiar caracterizada por presencia de pólipos de todo el tubo digestivo y pigmentaciones muco-

* Leído en la sesión ordinaria del 18 de noviembre de 1959.

cutáneas peculiares. El síndrome fue descrito originalmente por Peutz en 1921, pero en 1949 Jeghers hizo un estudio completo de tres generaciones de una familia con dicho padecimiento. El conocimiento de este síndrome es, por lo tanto, útil para el gastroenterólogo y el cirujano, así como para el dermatólogo. En nuestro Hospital se estudió un caso de estos, enviado por el doctor González Ochoa: Se trataba de un muchacho de 20 años con manchas hiperocrómicas en la mucosa bucal, cara, palmas de las manos y punta de los dedos, de carácter congénito, que a los 10 años fue operado por invaginación intestinal debido a pólipos intestinales; dos años más tarde tuvo un nuevo episodio de invaginación por lo que fue nuevamente operado; después se le fulguraron pólipos rectales y finalmente murió con obstrucción intestinal en otro hospital, después de nuestra observación.

Los dos casos que acaba de presentar el doctor Ramírez López son muy ilustrativos. En el primero, en que la lesión se localizaba en la porción supra y yuxta vateriana, el síntoma principal fue ictericia. El segundo, tuvo episodios de obstrucción intestinal intermitente, fenómenos congruentes con la localización del tumor en la rodilla inferior del duodeno.

Ninguno de los dos casos tuvo sangrado, como manifestación clínica importante, a lo que me parece conveniente llamar la atención, pues este síntoma es, tal vez, el más frecuentemente encontrado. De hecho, la mayoría de los casos acuden a consulta por padecer anemia hipocrómica acentuada. El hallazgo de sangre oculta en las materias fecales estando el enfermo sometido a dieta láctea estricta, por cuando menos tres días antes del estudio, permite suponer que la anemia es consecutiva a hemorragia y que esta se produce en el tubo digestivo; la única manera de hacer el diagnóstico preoperatorio con seguridad es por medio del estudio radiológico intencionado.

A propósito del tratamiento no hay nada que agregar a lo expresado por el doctor Ramírez López en el sentido de que, tratándose de tumores benignos, la extirpación local debe ser suficiente, pero de que en caso de carcinoma la resección pancreatoduodenal está perfectamente indicada.

Considero que las observaciones aisladas de neoplasias duodenales deben ser publicadas, como lo hace ahora el doctor Ramírez López, para completar nuestra información al respecto y sobre todo para llamar la atención de los médicos en general, a propósito de un padecimiento que no por poco frecuente debe ser ignorado.

REFERENCIAS

1. Rivers, L. Silverstein, J., y Tope, J. W.: *Benign Neoplasms of the Small Intestine. A critical comprehensive review and report of 20 new cases.* Collective review. Internat. Abstr. of Surg. 102:1-38, 1956.
2. Quijano, M. Bravo, J. L., Rojas, E. y Domenge, L.: *Cáncer del Duodeno.* Rev. Invest. Clin. (Méx.) 7:313-22, 1955.