

CANCER DE CUERPO DEL PANCREAS; OCLUSION DUODENAL; METASTASIS MESENTERICAS MULTIPLES; SU EXPRESION RADIOLOGICA (*)

Dres. Juan E. Cendán Alfonso y Federico García Capurro

El motivo de esta comunicación es presentar una observación de neoplasma de cuerpo del páncreas, que dió origen a una sintomatología clínico-radiológica muy interesante.

Ella consiste en un síndrome de oclusión duodenal mecánica debida al englobamiento del ángulo duodeno yeyunal y un trastorno de la funcionalidad del yeyuno íleon, dando origen a imágenes radiológicas muy especiales de este sector intestinal, en relación con la presencia de numerosas metástasis del epiteloma pancreático, asentando en el mesenterio.

La historia del caso es la siguiente:

Manuel C., 62 años. Español. Casado.

Consulta por vómitos abundantes y repetidos datando de 7 días.

Sin antecedentes patológicos de importancia.

La historia de su enfermedad actual comienza hace 8 meses, con trastornos digestivos vagos, consistentes en distensión epigástrica post-prandial y eructos, que poco a poco fueron en aumento, apareciendo sensación de plenitud, eructos ácidos, y dolores continuos post-prandiales sobre los que se injertaban dolores cólicos epigástricos. Todos estos trastornos tienen desde el comienzo una neta vinculación con la ingestión de alimentos, alcanzando su máximo a las 2 ó 3 horas, y siendo particularmente intensos después de la cena. No hay intolerancia para ningún alimento. Basta la ingestión de pequeñas cantidades para desencadenar los trastornos, y éstos no se producen si no come. Restringe entonces el número y cantidad de las comidas, y adelgaza 14 kilos en 8 meses.

15 días, antes de consultar por su enfermedad, después de cenar se siente con gran pesadez y malestar, extrema nerviosidad, excitación, sensación de constricción angustiosa epigástrica y precordial, con irradiaciones en barra abdominales, ardores y eructos, y al cabo de 4 horas el

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 20 de setiembre de 1950.

enfermo se provoca el vómito. Nota entonces que además de los alimentos ingeridos en la cena, arroja alimentos ingeridos a mediodía, conjuntamente con gran cantidad de líquido bilioso. El vómito lo alivia casi completamente y duerme bien.

En los días siguientes el cuadro continúa progresando; los vómitos se hacen ahora espontáneos, pero no diarios. Por el contrario, nota com que poco a poco se va llenando, y después de 3 ó 4 comidas o más, 24 0 48

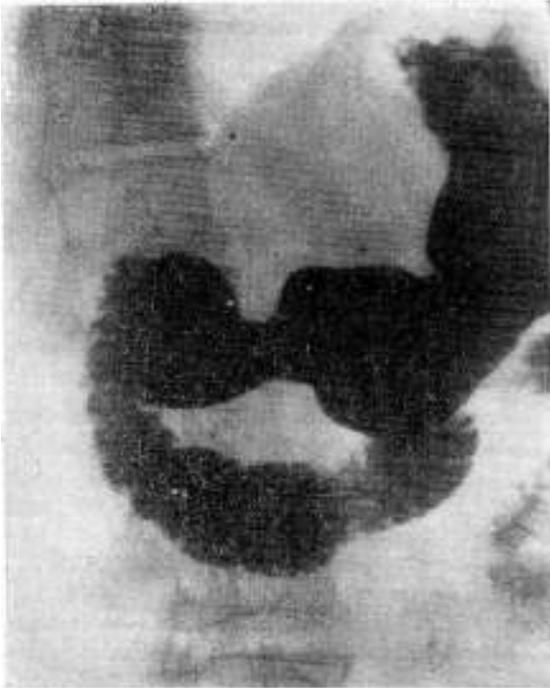


FIG. 1. — Ectasia del duodeno por obstáculo al nivel del ángulo duodeno yeyunal. Rg. luego de la ingestión.

horas, sobrevienen los vómitos que lo alivian. Presentan entonces un carácter muy particular: al comienzo vomita lo ingerido en la última comida y luego, a veces después de un intervalo de 2 ó 3 horas, vomita alimentos ingeridos en las comidas de días anteriores, mezclados con gran cantidad de líquido bilioso. Estos vómitos segmentarios, en orden inverso a la cronología de la ingestión de alimentos, son muy sugestivos respecto al sitio de la obstrucción.

En esas condiciones consulta.

El examen físico, fuera del adelgazamiento apreciable y una evidente demacración, no da datos de valor. Discreto balonamiento y dolor a la presión en la zona epigástrica. No se palpa hígado ni bazo. Tacto rectal sin particularidades.

En esas condiciones, se practica estudio radiológico (Dr. García Capurro).

Exámenes de laboratorio:

Sangre: G. R. 4.190.000. Hb. 92 %.

G. B. 9.600. Poli: 80 %. Linfo: 12 %. Mono: 8 %.

(Dr. Paseyro).

Proteinemia 6 grs. 40; Hematocrito 46 %. Urea 0.36 por ciento.



FIG. 2. — Rg. a las 8 horas. Se comprueba mejor la ectasia duodenal y se visualiza la estenosis filiforme del ángulo duodeno yeyunal que la causa y que daba el síndrome clínico de oclusión del duodeno.

Asas yeyuno ileales irregulares filiformes.

Orina: No contiene elementos anormales. Sedimento normal.

D igual 1016; Urea 16 grs. 20; Cloruros 6 gr. 70.

Diuresis alrededor de los 1000 c.c. en 24 horas.

Sondeo gástrico: se extraen en ayunas, 700 c.c. de líquido bilioso con restos de alimentos. Se practica lavado, se deja sonda de Einhorn en permanencia, hidratación parenteral y por la sonda; transfusiones de sangre total, y vitamino terapia.

Después de 7 días de preparación, se interviene con diagnóstico de obstrucción duodenal casi completa por estenosis a nivel del ángulo duodeno yeyunal.

Operación: 24-VII-50. Dr. Cendán, Dr. Michelini. Anest. general gases (Dr. Pernin). Mediana supraumbilical. Al incidir el peritoneo se comprueba la existencia de una tumefacción dura en el ligamento redondo, con aspecto de metástasis; se extirpa para estudio.

La exploración muestra: Hígado normal, presenta en lóbulo izquier-

do un nódulo superficial duro, de color rojovinoso, de dos mm. de diámetro. Bazo grande, liso, de superficie normal; a la palpación se notan en el espesor del parénquima, numerosos nódulos duros, confluentes, con aspecto arracimado. Estómago y píloro normales. Distensión total del duodeno originada por una estenosis localizada en ángulo duodeno-yeyunal, de origen extrínseco, por tumor localizado en el cuerpo del páncreas, e invadiendo la raíz del mesocolon. Se aborda retrocavidad a través del ligamento gastrocólico y aparece el tumor pancreático que

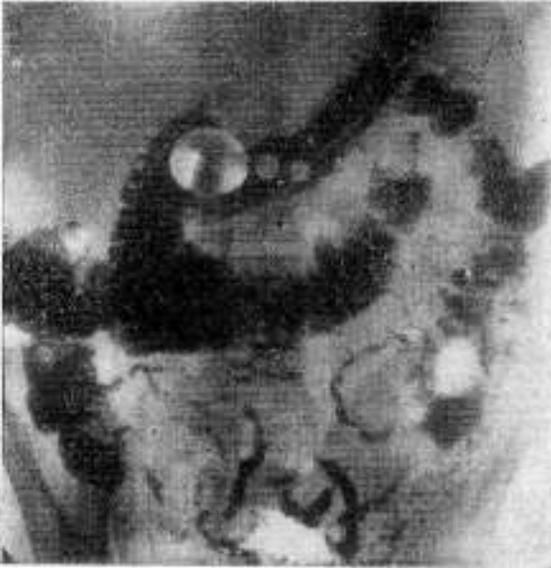


FIG. 3. Rg. a las 12 horas. Se repite el aspecto duodenal visto en la figura 2 y se objetivan con mayor precisión las alteraciones estenosantes extendidas del yeyuno ileon con "aspecto de asas escurridas".

toma el cuerpo en toda su altura, frente al ángulo duodeno yeyunal: tumor duro, del tamaño de una nuez, poco saliente, esquirroso, que fija sólidamente el páncreas a la pared posterior, englobando seguramente la vena esplénica, que se ve ingurgitada cerca del hilio, esplénico. Resto del cuerpo y cabeza de páncreas, no presentan nada anormal. Se practica biopsia con bisturí. Sangra muy poco.

En el mesenterio, se observan numerosos nódulos, la mayoría de los cuales asientan a corta distancia del borde mesentérico del intestino, diseminados en toda su extensión y predominando en la zona de la última asa ileal. Son nódulos duros, de tamaño variable entre uno y ocho milímetros de diámetro, amarillentos, destacando fácilmente de la grasa mesentérica, desarrollados en la continuidad de un vaso venoso o arterial. Las zonas correspondientes del intestino presentan segmentos en contracción permanente, afinados, y otros amplios, sin ondas peristálticas. Creemos que esto explica los aspectos radiológicos del delgado, pues no se encuentran otras alteraciones.

Nódulos semejantes, pero en mucho menor número se observan en el peritoneo parietal posterior y del mesocolon ascendente. Se extraen algunos para estudio ulterior.

Diagnóstico operatorio: Neoplasma de cuerpo de páncreas, de tipo esquirroso, con numerosas metástasis mesentéricas y peritoneales. Esplenomegalia congestiva, por hipertensión venosa esplénica.

Como el duodeno está completamente oculto en medio de una lipo-

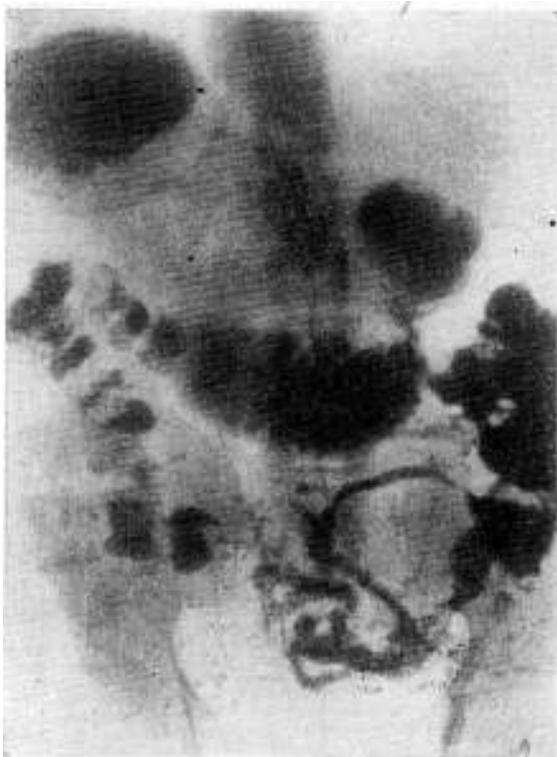


FIG. 4. — Rg. a las 24 horas. Ectasia gastroduodenal. Persiste el aspecto patológico yeyuno ileal.

matosis mesentérica y mesocólica, se desiste de la idea de practicar una duodeno-yeyunostomía, y se practica una gastroenterostomía posterior transmesocólica.

Por una pequeña brecha transrectal izquierda se introduce una sonda Pezzer N° 16 en peritoneo, para hidratación postoperatorio. Cierre sin drenaje.

Postoperatorio bueno. Hidratación, penicilina y estreptomina por vía peritoneal durante 3 días. A continuación, vía oral.

La vía peritoneal se tolera perfectamente, no hay balonamiento, y recobra la función intestinal al 2° día.

Examen anatómo-patológico de los fragmentos extirpados (Informe del Br. Enrique Castro):

Tumor epitelial maligno, tipo de adenocarcinoma glandular, infiltrante y muy atípico, bien reconocible en el fragmento de tumor del mesenterio. En el fragmento pancreático, espesa banda fibrosa, con zonas ricas en capilares de neoformación y acúmulos linfoides; y con mínima infiltración neoplásica, impresionando como envolturas de masa tumoral.

La obstrucción intestinal en el cáncer del cuerpo del páncreas es una complicación cuya frecuencia aumenta a medida que avanza la enfermedad. Ella se presenta con una frecuencia comparable en los cánceres de la cabeza y en los del cuerpo.

En general es producida por la invasión del duodeno. La localización en el ángulo duodeno-yeyunal es sin embargo muy rara en una estadística de Silver y Lubliner (International Abstracts of Sugery 86 : 703; 1948) sobre 104 casos de cáncer de páncreas, de los cuales 43 localizados en el cuerpo y cola, la incidencia de obstrucción duodenal es de 14 % en la etapa inicial, como síntoma revelador, y de 44 % en etapas avanzadas. Pero ninguno de los casos corresponde a la localización duodeno yeyunal.

En cuanto a las metástasis, en esa misma estadística constituyen, con el dolor y la pérdida de peso, los tres signos más constantemente observados en los cánceres del cuerpo y cola. Las metástasis se presentan como síntoma inicial en el 23 % de los casos. Esto indica que las etapas tempranas del cáncer del cuerpo de páncreas son a menudo asintomáticas.

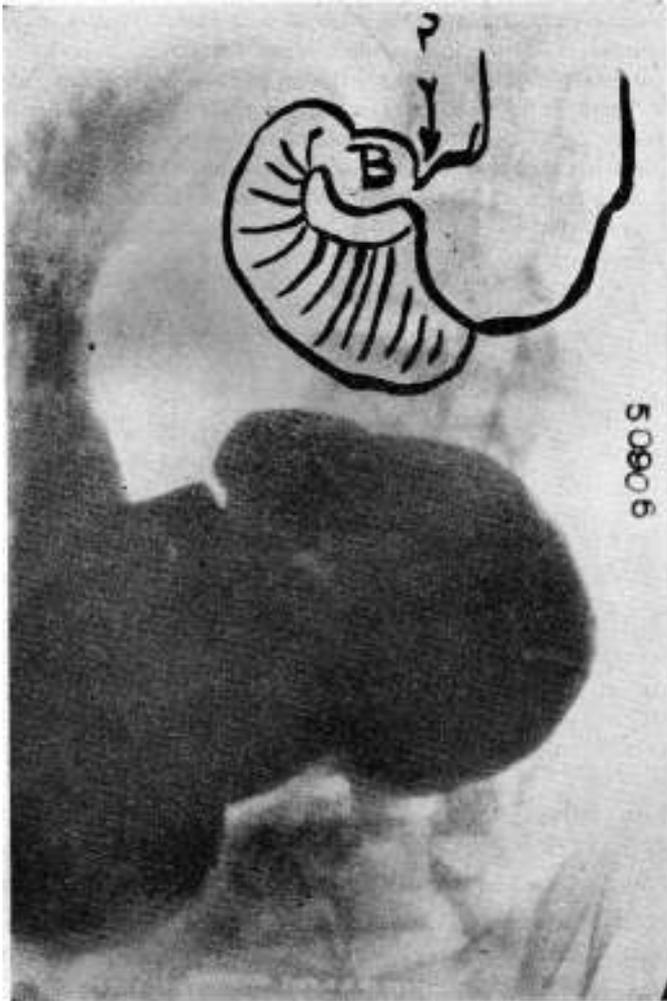
Las metástasis de cáncer de cuerpo de páncreas se caracterizan por su extensión y número y las localizaciones mesentéricas parecen ser las más frecuentes, determinando trastornos funcionales en el yeyuno-íleon.

Su evolución y crecimiento lleva a la obstrucción intestinal baja, sobre todo de íleon terminal, en el 16 % de los casos, y aunque ello sucede en etapas muy tardías de la evolución, pueden ser el síntoma que lleva al diagnóstico exacto.

En conclusión: Dada la frecuencia de los fenómenos obstructivos duodenales en el cáncer del cuerpo del páncreas y la latencia frecuente de las etapas iniciales, manifestándose por metástasis de localización mesentérica electiva, con el consiguiente trastorno en el tránsito intestinal, consideramos que el estudio radiológico del intestino delgado se impone cuando se sospecha la existencia de un cáncer del cuerpo del páncreas.

Dr. Arias Bellini. — Como contribución al tema que presentan los Dres. Cendán y García Capurro, relataré brevemente una observación de oclusión duodenal por neoplasma de páncreas.

S. B., 46 años. Desde hace mes y medio acusa dolores epigástricos y



Oclusión duodenal. Gran dilatación, de 2ª y 3ª porción duodenal. El sector obstruido queda oculto por el antro gástrico.

vómitos que se han ido acentuando progresivamente. Los vómitos tienen a veces carácter bilioso. El mismo enfermo los provoca porque le alivian. Señala además inapetencia y adelgazamiento marcado. Retención gástrica en ayunas: 300 a 500 cc. diarios.

Se pide ex. de gastro-duodeno. Como dato clínico: síndrome pilórico. Hago notar ese dato clínico que se adjuntaba a la solicitud del ex. porque lo común es que en estos enfermos se plantee dicho diag.; pero si se tiene en cuenta los vómitos biliosos lo lógico será pensar que la obstrucción esté en un sector más bajo.

El examen radiológico nos mostró el estómago y bulbo duodenal sin particularidades. Píloro ampliamente permeable. Gran dilatación de la segunda y tercera posición duodenal. No se pudo obtener durante el ex. el pasaje del bario al yeyuno, porque existía obstrucción de la cuarta porción duodenal. En el negativo se puede observar perfectamente la dilatación duodenal, la zona antral oculta el sector duodenal obstruido, sólo se ponía en evidencia al rechazar hacia la izquierda del paciente dicha zona antral.

La intervención puso en evidencia una masa tumoral que infiltra el páncreas: cuerpo y cola principalmente, la cabeza sólo parcialmente.