

CARCINOMA SOLIDO DE DUODENO DUODENO - PANCREATECTOMIA CEFALICA (*)

Dres. V. Armand Ugon, L. A. Praderi, L. Zubiaurre y E. Castro
(Hospital Español)

Brunschwig y Tinholiz, señalan en 1945, diez y seis casos de carcinomas de duodeno, infrapapilares, resecaados, sobreviviendo 4 enfermos al año. Indudablemente que este número reducido, habrá aumentado posteriormente, pero la experiencia en este campo quirúrgico, es muy limitada y para aportar mayor información a este tema es que traemos el siguiente caso operado en el Hospital Español (Sala 24) y contribuir a formar un criterio estadísticamente valorable.

Historia clínica. — D. P. de A. 34 años, casada. Enero de 1952. Consulta a (L. A. P.) por anemia, decaimiento general y adelgazamiento desde hace un mes aproximadamente.

En el curso del interrogatorio surge el antecedente importante de un mega-esófago, datando de 20 años. La enferma relata que ha sido largamente estudiada, clínica y radiológicamente, tratada por el doctor Barani, con dilataciones en varias oportunidades, las últimas hace 5 ó 6 años, pasando relativamente bien hasta un mes antes de esta consulta. El mega-esófago se traduce por vómitos de alimentos, regurgitaciones, sialorrea, dolor y opresión precordial, etc. Sufre en forma episódica, dejando períodos de acalmia.

La alimentación de la enferma se hace a expensas de líquidos, papillas y a veces sólidos, provocándole frecuentemente, vómitos biliosos y de alimentos. Ultimamente ardor epigástrico post-prandial.

Examen. — Enferma muy delgada, con gran palidez de piel y mucosas, lucida, apirética, presión arterial 13 y 9.

Fuera de la sintomatología física de la bolsa esofágica, no existen elementos clínicos a destacar.

Abdomen libre, signo de Murphy positivo, duele discretamente la palpación profunda del hipocondrio izquierdo. No se palpa hígado ni bazo.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el 5 de agosto de 1953.

La delgadez de la enferma, y la palpación profunda nos permiten descartar tumoraciones abdominales. No existen adenopatías de carácter patológico. Hemogramas practicados en este momento, comprueban la existencia de una anemia, que oscila alrededor de los 2.000.000 de glóbulos rojos.

Comienza en este momento, la primera etapa diagnóstica, en busca de la interpretación de la anemia y adelgazamiento, que constituyen los

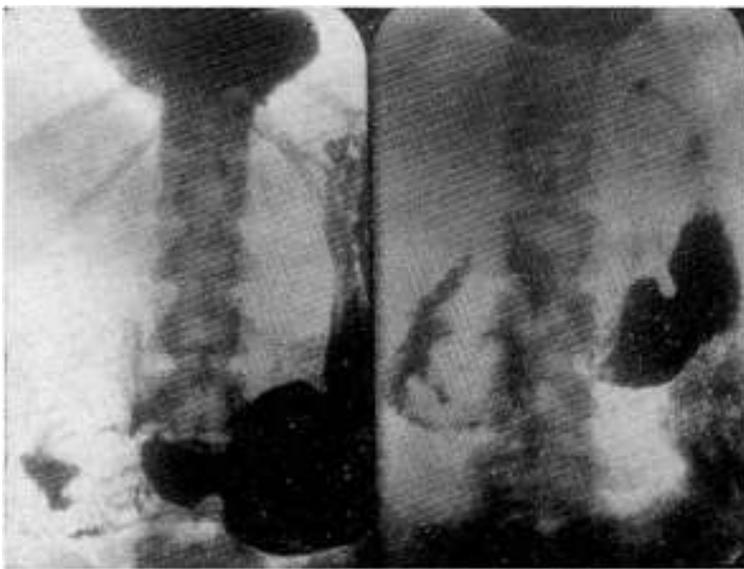


Fig. 1. — 8 de Octubre de 1952. — Se observa un megaesófago y la tercera porción duodenal aparece dilatada con una gran imagen lacunar, pliegues desplazados y un depósito del medio de contraste en el centro.

dos síntomas nuevos, agregados al cuadro clínico pre-existente de megaesófago.

Se plantearon dos posibles etiologías: anemia vinculada al régimen dietético carenciado y a la perturbación fisiológica de las mucosas gástrica y esofágica, o anemia como integrante de una hemopatía.

Al mes y medio de la consulta inicial aparece un signo de valor: las **melenas**; al principio dudosas, confirmadas en los meses siguientes por reacción de Weber repetidamente positiva.

En esta segunda etapa diagnóstica, se circunscribe mucho el problema: en primer término se busca descartar por nuevo estudio radiológico y endoscópico, practicados por los Dres. Zubiaurre y Barani, la posible hemorragia a ese nivel. Siendo negativo, el Dr. Zubiaurre le practica un detenido estudio radiológico del tubo digestivo infra-esofágico, hallando a nivel de

“la tercera porción duodenal dilatada, una gran imagen lacunar, pliegues desplazados y un depósito del medio de contraste en el centro”. (Ver figs. 1 y 2).

Vista la enferma en consulta por uno de nosotros (V. A. U.), se re-

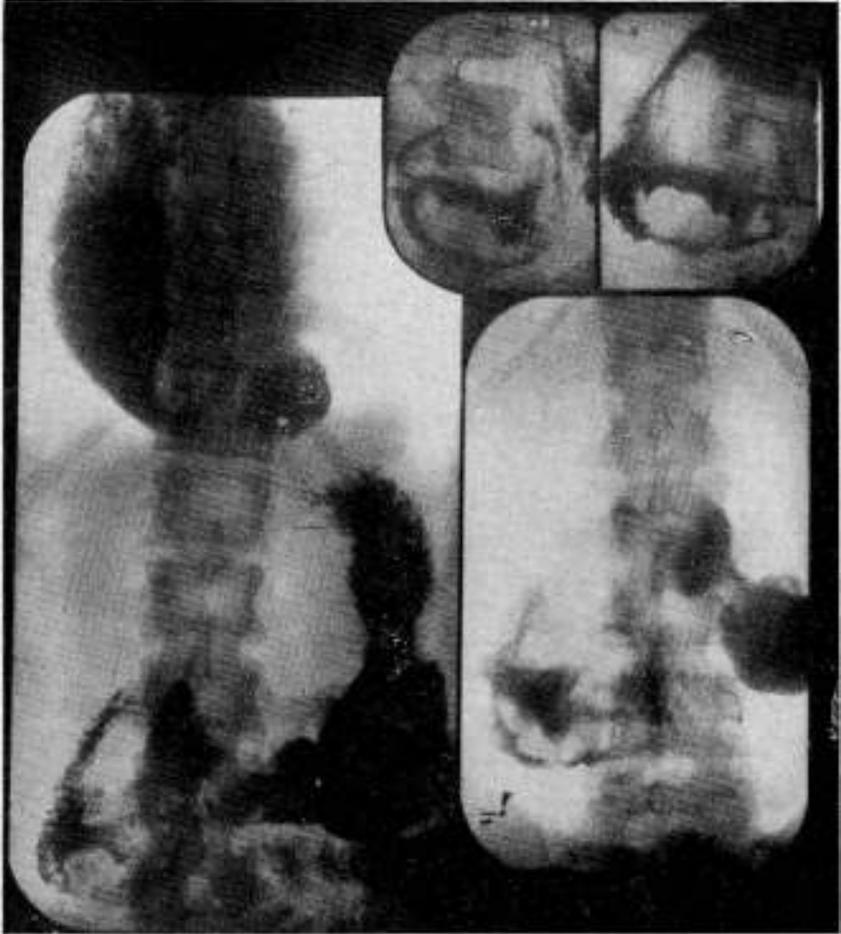


Fig. 2. — 8 de Octubre de 1952. — Distintos aspectos del mismo caso, donde puede apreciarse la imagen que radiológicamente presenta el tumor, en el examen con compresión dosificada.

suelve la intervención, luego de preparación minuciosa, para poder soportar la magnitud de lo planeado; resección duodeno-pancreática.

Se instala una dieta rica en hidratos de carbono, proteínas, transfusiones, vitaminas, para tratar de equilibrar sus graves deficiencias orgá-

nicas. Lamentablemente, los aminoácidos eran mal tolerados, la ingestión abundante de alimentos se encontraba dificultada por el mega-esófago, la inapetencia de la enferma, y la repetición de las hemorragias.

Fué imposible colocar una sonda de Levin en el estómago, maniobra fundamental para permitir lavados gástricos y tener un buen post-operatorio.

La persistencia de melenas obliga a intervenir, sin haber normalizado sus deficiencias orgánicas.

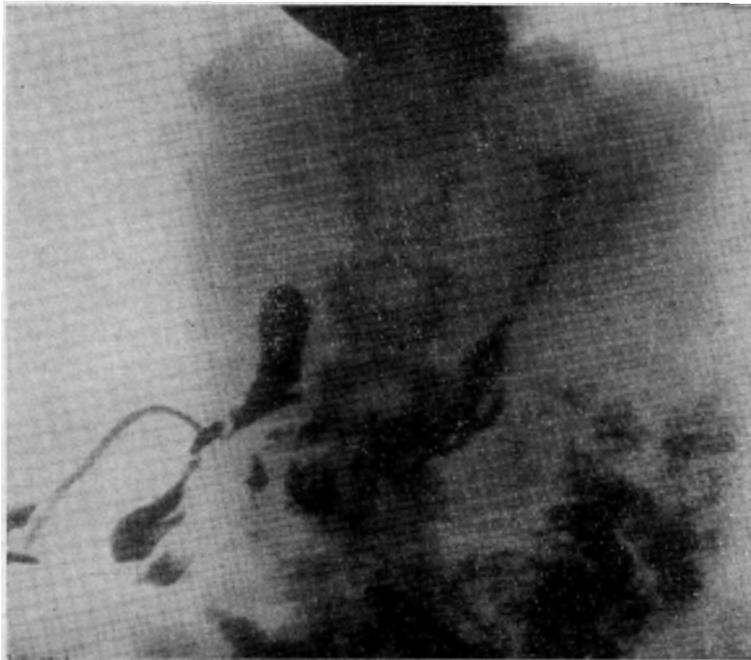


Fig. 3. — 26 de Diciembre de 1952 (a los dos meses de la intervención). Se hizo relleno baritado del estómago y de la vesícula con yodo a través de la sonda. Se aprecia el buen funcionamiento de la colecistoyeyunostomía.

Operación. — 27 de Octubre de 1952. Dres. Armand Ugón, Praderi, Barbato. Anestesia general.

a) **Exploración.** — Incisión mediana supraumbilical, prolongada 5 cms. por debajo del ombligo. El duodeno presenta un aspecto normal, pero la palpación localiza una tumoración del tamaño de una nuez, ubicada en la mitad inferior de la 2ª porción del duodeno. Es dura, fija, invadiendo la cara medial del duodeno, pero sin infiltrar el páncreas, ni el tejido celular vecino. No hay adenopatías. Páncreas, hígado, estómago s/p. Vesícula y colédoco normales.

Impresiona como un carcinoma, por lo que se resuelve practicar una duodeno-pancreatectomía cefálica.

b) **Resección.** — Sección del ligamento gastro-cólico para penetrar en el receso derecho de la retrocavidad. Se moviliza el ángulo hepático del colon y la mitad derecha del mesocolon transversos; decolamiento y movilización del duodeno-páncreas. Exposición de las arterias cólica media y mesentérica, de la vena porta. Ligadura de la gastro-duodenal. Sección del yeyuno por debajo del ángulo duodeno-yeyunal, lo que per-

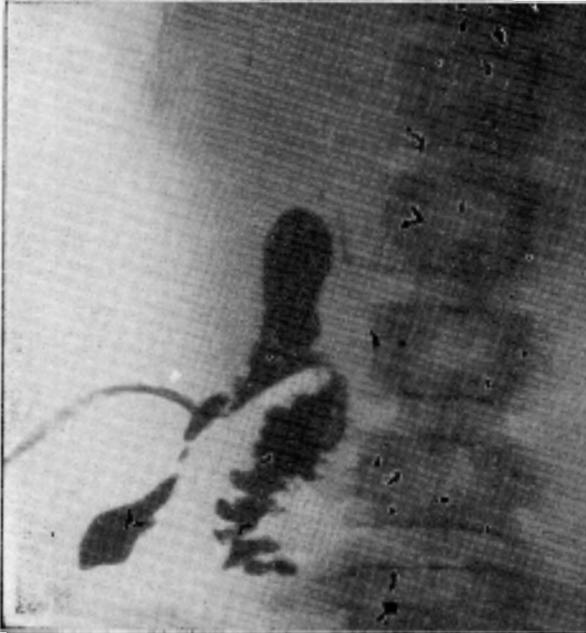


Fig. 4. — 26 de Diciembre de 1952. — Otro aspecto de la colecisto - yeyunostomía.

mite completar la movilización del duodeno-páncreas. Sección del estómago. Sección y ligadura del colédoco. Sección del páncreas a nivel de su cuello. Ligadura del Wirsung y puntos en U sobre la sección del páncreas.

c) **Reconstrucción.** — Liberación de 25 cms. de ansa yeyunal, se pasa a través del mesocolon y se anastomosa con la vesícula (anastomosis término-lateral). Unos 20 cms. por debajo se practica una gastro-yeyunostomía término-lateral. Se drena el lecho pancreático por contra-abertura lateral derecha, con mecha y cigarette.

Cierre de la pared por planos.

Duración de la intervención: 2 hs. 40 m.

Post-operatorio. — En el transcurso de los seis primeros días, no hubo novedad clínica. Se administraron sueros, transfusiones y antibióticos. Aparecen crisis de disfagia que dificultan la alimentación. Se retira la mecha y cigarette, por donde drena un líquido sero-grumoso teñido

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

en bilis. Para mantener la herida seca se coloca una aspiración continua, se acentúa el corrimiento de la fistula bilio-pancreática.

La intensificación de la disfagia, imposibilita la alimentación por la vía oral, desmejorando el estado general.

Para poder alimentarla se utiliza una pequeña sonda que se consigue hacerle franquear el cardias, gracias a un globito de mercurio atado a un hilo de seda, que remolca la sonda. Sorteado el mega-esófago y gracias a la vigilancia dietética del Dr. Sánchez Palacios, se consigue mejorar la alimentación y remontar el estado general.

Es dada de alta al mes y medio de la operación, continuando bajo vigilancia en su domicilio.

A los dos meses de operada persiste un ligero corrimiento de bilis. Se cateteriza el trayecto fistuloso con una sonda y la inyección de lipiodol por esa sonda permite apreciar radiográficamente, un buen funcionamiento de las dos anastomosis; colecisto-yeyunal y gastro-yeyunal. (Figuras 3 y 4). A los dos meses y medio de operada el trayecto fistuloso se ha cerrado y la enferma aumentó 10 kilos de peso.

En Julio de 1953, a los 9 meses de la operación ha aumentado 14 kilos, se siente bien y está reintegrada a sus actividades, llevando una vida normal.

El estudio de la función digestiva hecha por el Dr. Sánchez Palacios y Dr. Martínez Prado no acusa anormalidades de importancia.

Transcribimos el informe de estos exámenes practicados:

Lipasemia 0.20 c.c. de S. N/20 (normal hasta 1 c.c.).

Amilasemia 0.17 mgrs. de maltosa (normal hasta 0.60).

Copro-funcional (previo régimen de Schmidt).

Examen macroscópico: Materias amarillas, formadas, pegajosas por abundante mucus ligado, olor butírico. Sin restos de alimentos ni otras particularidades.

Examen microscópico: Regular cantidad de ácidos grasos. No se observan grasas neutras ni jabones. No se observan restos de glúcidos ni proteínas. Tampoco flora iodófila, picocitos, glóbulos rojos, ni células descamadas.

Examen químico: pH: 6. Ácidos orgánicos 23 c.c. Amoníaco 3 c.c. 50. Mucina ++, Albúmina sérica negativa. Albúmina soluble +.

Informe anatómo-patológico. — Dr. E. Castro. El duodeno resecaado está abierto y extendido. De paredes espesas; la mucosa en su parte normal tiene pliegues gruesos edematosos. Tiene 15 cms. de largo por 8 de ancho (lo que corresponde al diámetro normal del duodeno).

En la superficie interna, o cara de la mucosa, hay una neoformación vegetante encefaloide, ulcerada, de unos 5 cms. de diámetro. En su base de implantación es algo más angosta en su borde inferior, por lo que tiende a formarse un pedículo ancho; a este nivel la mucosa vecina le forma un rodete y valle interior (sólo en un semi-círculo). El tumor es de superficie irregular, con áreas ulceradas; es de color blanquecino y

algo lardáceo. Se asienta en la capa muscular del duodeno, a la que no infiltra.

Hacia el otro extremo de la pieza de duodenectomía, o inferior, hay un gran lóbulo del páncreas, del tamaño de una nuez, adherente a la pared duodenal. (Fig. 5).

El estudio histológico de numerosos fragmentos del tumor y del resto del duodeno, muestra:

- a) Segmento de duodeno con estado catarral descamativo.
- b) Lóbulo pancreático normal.
- c) El tumor, a cuyo nivel la mucosa está casi por completo destruída; subsisten sólo algunas pequeñas áreas de epitelio cilíndrico y unas pocas glándulas dilatadas, casi todas envueltas por el tejido tumoral.

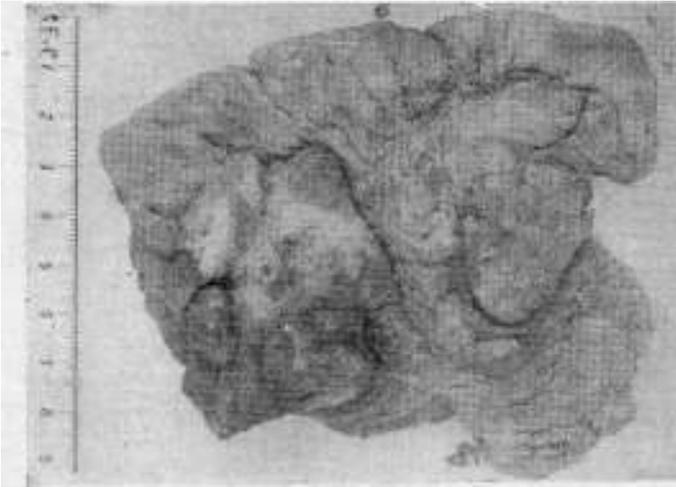


Fig. 5. — Estudio macroscópico. Duodeno resecado abierto y extendido, mostrando sobre la cara mucosa, una neoformación vegetante, encefaloide y ulcerada. Se observa también inscripto en el arco duodenal, el páncreas resecado.

En su mayor extensión, la superficie del tumor está despojada de epitelio, con una fina capa de tejido de granulación, edematoso.

El tumor mismo es de estructura homogénea, medular; está constituido por células pequeñas, muy cromáticas, de tipo epitelial, jóvenes, sin atipia celular notable, que se disponen en masa continua de gran densidad celular, o bien en lóbulos, separados por finos tractus conjuntivos.

Tiene poca trama conjuntiva y muy pocos vasos sanguíneos. Tiene necrosis extendida. (Ver fig. 6).

Para clasificar esta neoplasia, con lo descrito, habría que rotularla de **carcinoma sólido, medular, a pequeñas células indiferenciadas.**

Parece indudable también, por los datos anatómicos y microscópicos, que se trata de un **tumor primitivo de la porción infra-papilar del duodeno.**

(La citología de este tumor lo emparenta con los carcinoides del tracto intestinal, de los que el más frecuente y conocido es el apendicular.

En este tumor estudiado, las células mismas recuerdan la célula del carcinoma, pero la disposición en lóbulos está casi borrada).

Por otra parte, la búsqueda de filetes nerviosos o de disposición en empalizada, para demostrar su estirpe neural o glial fué negativa.

Asimismo, estas células no son cromafines (o argentafines).

Es notable que este tumor es eminentemente vegetante, crece hacia la luz; no tiene tendencia á infiltrar las capas externas del duodeno; su límite profundo es neto.

Por lo mismo la cara externa del duodeno es normal; no hay sos-



Fig. 6. Estudio macroscópico. Se destaca la estructura homogénea del tumor, constituido por pequeñas células de tinte epitelial, muy cromáticas dispuestas en masa continua, separadas por finos tractus conjuntivos.

pecha de exteriorización del tumor, que se conserva estrictamente intrínseco.

(Se discutió también el diagnóstico diferencial con sarcoma y linfosarcoma y tumor insular, desdeñados por la índole epitelial de las células).

Todos estos datos de observación y comentario, llevan a discutir, tanto su clasificación correcta, como la estimación de su grado de malignidad, anatómica e histológica.

Es por un lado, carcinomatoso, sólido, encefaloide, a células jóvenes.

Por otro, es vegetante, limitado por su cara profunda, no hay metástasis en la cara externa del órgano y sus células son análogas a las del carcinoma apendicular.

En conjunto, lleva a aceptar que es de relativa baja malignidad. (En mi parecer, puede tratarse de un carcinoma, que en los segmentos superiores de las vías digestivas se hace más encefaloide y atípico que en el apéndice y más frecuentemente tiene marcha clínica maligna, según los autores. La falta de células cromafines puede explicarse por su juventud e indiferenciación.

Resumen anatomo-patológico. — Tumor epitelial maligno vegetante, infra-papilar, de la segunda porción del duodeno, forma histológica de carcinoma (o carcinoma carcinomatoso) sólido, encefaloide, a pequeñas células indiferenciadas, muy cromáticas.

En resumen.

Se presenta la historia de un caso de tumoración infrapapilar de duodeno, coexistiendo con megaesófago, que plantea problemas diagnósticos y terapéuticos.

I) **Problemas diagnósticos.** — El carcinoma primario de duodeno, es una lesión rara, siendo mucho más frecuente los tumores de ampolla de Vater o de páncreas que invaden secundariamente el duodeno.

Figura en las estadísticas como el 0.3 % de los carcinomas intestinales.

El carcinoma de duodeno puede clasificarse según su localización en supra-ampulares, ampulares e infra-ampulares. Según Eusterman y Balfour, el 66 % ocurren en la región ampular, el 22 % son supra-ampulares y el 12 % infra-ampulares.

La mayor frecuencia de tumores vaterianos, se explica si se recuerda a ese nivel, el epitelio de transición, la inclusión de islotes pancreáticos, y de glándulas de Brunner.

La sintomatología más destacada de los neoplasmas de primera porción duodenal es simular úlceras crónicas, los de la segunda porción, invasión de vías biliares y los de la tercera es dar vómitos con o sin dolor asociado.

Radiológicamente los tumores infra-papilares, como en nuestro caso, se destacan por: defecto del relleno de la luz duodenal y por la alteración del dibujo de la mucosa duodenal.

II) **Problemas terapéuticos.** — Para el tratamiento quirúrgico del neoplasma del duodeno se han propuesto tres soluciones:

1) Extirpación del tumor y de la porción adyacente del duodeno, sin suprimir la continuidad del duodeno.

2) Resección de un segmento del duodeno, con o sin duodeno-yeyunostomía.

3) Duodenectomía con pancreatectomía cefálica.

Creemos que esta intervención realiza el desiderátum de las intervenciones sobre neoplasmas, pues extirpa el tumor y los tejidos vecinos que pueden estar invadidos.

Los progresos de la cirugía moderna permiten dar un carácter de real interés, a la práctica quirúrgica de la resección duodeno-

pancreática y a pesar de ser una intervención "of great magnitude", su mortalidad se ha reducido notablemente.

Cattel y Warren, relatan en su reciente monografía, 102 duodeno-pancreatectomías, con una mortalidad global del 12 %.

Entre estas 102 resecciones, 46 fueron por carcinoma de la cabeza del páncreas, 30 por extensión de tumores de ampolla de Vater, 7 por tumores de duodeno, 14 por lesiones benignas y 5 por carcinoma de la parte distal del colédoco. Es interesante hacer resaltar, que en las 7 resecciones por neoplasma primitivo de duodeno, fallecieron 2 (28.5 %).

La técnica de las resecciones duodeno-pancreáticas es bien conocida; exige una vigilancia permanente de las venas mesentérica, porta y de la circulación arterial del colon y del intestino delgado.

En cuanto al tiempo de reparación de la continuidad de las vísceras afectadas por la resección permite numerosas variantes, (se han descrito más de 40 variantes). Es interesante hacer notar que Orr en 9 casos, utiliza 9 procedimientos de reconstitución distintos.

En nuestra enferma, no hicimos anastomosis del páncreas con el yeyuno, practicando la ligadura del canal de Wirsung y puntos en U, a nivel del cuello del páncreas remanente. Whipple y sus colaboradores en 1935, ya estimaban que la ligadura del canal pancreático no ocasionaba mayores secuelas ni complicaciones, exigiendo solamente un mechado y drenaje con cigarette del lecho y al contacto con la sección pancreática.

La técnica de la sutura necrosante de Cattel, o sobre tubo a lo Varco o a la manera de Siler o Sinninger, permiten anastomosar el Wirsung al yeyuno.

Sin embargo, consideramos con Delannoy, que en nuestro caso, en que el Wirsung era muy fino, cualquiera de estas maniobras anastomóticas de la continuidad pancreático-yeyunal, podía agravar la intervención, dadas las condiciones precarias de la enferma.

La conservación de la secreción externa del páncreas, no es indispensable para la vida, aunque fisiológicamente sea aconsejable.

En nuestra enferma los exámenes practicados, demuestran

que no existe ningún grado de insuficiencia, hecho explicable, por sustitución funcional de otros órganos.

BIBLIOGRAFÍA

1. BEATTIE, W. M. and MUIR, J. D. — A case of carcinoma of the duodenum. The British Journal of Surgery. 36 - 436, 437. 1949.
2. BOOKMAN, M. R. — Cáncer del duodeno. Ann. of Surg. XCV. 464, 467. 1932.
3. CATTEL y WARREN. — Surgery of the pancreas. 1953.
4. FOSHEE, J. L. y McBRIDE, W. P. — Leiomiomas del duodeno. Journ. of the Amer. Med. Ass. Vol. 112, 1939, págs. 2497 - 2500.
5. GOLDSMITH, R. y LEVINE, S. — Cáncer primitivo del duodeno. The Journ. of Inter. Coll. of Surg. Vol. 14, 1950, pág. 205.
6. GOWN, F. y WOLFF, W. — Cáncer primitivo del duodeno. Ann. of Surg. Vol. 130, 1949, pág. 253.
7. OCELBERG, A. — Acta Chir. Scandinava. Vol. 102, 1951, págs. 241 - 251.
8. SHALLOV, T. A.; EGER y CARTY, J. B. — Cáncer primitivo de la 3ª porción del duodeno. Surg. Vol. 16, 1944, pág. 939.
9. YESSEN, M. E. — Carcinoma del duodeno.

Dr. Chifflet. — La comunicación del Dr. Praderi ha sido clara y agradable por su forma. En cuanto a la observación que nos trae, sólo justifica algunos comentarios para felicitar a los comunicantes.

Anotaremos en primer lugar el valor de la documentación radiológica. Las placas enseñan el tumor y lo enseñan igual que la pieza anatómica. No son placas accidentales sino que resultan de una investigación racionalmente dirigida, lo que justifica nuestro elogio al radiólogo.

En cuanto a la solución operatoria ha sido inobjetable. Hemos oído un planteamiento claro y definido de los problemas que surgen. La operación contemplando esos puntos ha dado el éxito que era de esperar.

Dr. Stajano. — Creo que el Dr. Chifflet ha traducido fielmente nuestro estado de espíritu al oír una comunicación interesante sobre tantos aspectos; pero, voy a recalcar sobre otro aspecto distinto que es digno de llamar la atención. Siempre ha sido un misterio para todos y que me ha llenado de curiosidad, habiendo preguntado a todos los cirujanos del país y fuera del país, sobre la rareza extrema del cáncer del duodeno. El Dr. Praderi en su comunicación habla de la frecuencia del cáncer del duodeno infra Wateriano y creo que hay seis o siete casos publicados. Bien, y esos cánceres benignos o de una relativa benignidad, dentro de los cánceres del tubo digestivo son rarísimos. El cáncer de la primera porción no lo he visto jamás. He preguntado a cirujanos viejos (Dres. Lamas, Navarro y García Lagos), si habían visto el cáncer de la primera

porción y me han contestado que nunca. En aquella época, como hoy, me intrigaba el por qué no existe el cáncer del duodeno que nunca había visto. Con el Dr. Chifflet hace años hablábamos de esto y me decía que en la Clínica de Mayo, hay una gran figura, una fotografía de cáncer del duodeno de primera porción, como una cosa excepcionalísima y única. Planteo esa interrogante: Ante la degeneración de las úlceras de estómago y duodeno —la prepilórica degenera con una facilidad enorme— es un misterio que ninguna razón anatómica explica y sigue intrigándonos a todos, el por qué no existe un cáncer del duodeno a consecuencia de una úlcera inicial. La barrera pilórica hace prohibitivo el cáncer de la primera porción duodenal. El intestino delgado se hace silencioso también para el cáncer epitelial. Empieza en el territorio ceco-cólico nuevamente el cáncer epitelial. De manera que esa comunicación es bajo muchos aspectos muy interesante, y sigue permaneciendo la duda, en el misterio de esa rarísima transformación epitelial maligna, de esa región del duodeno.

Está el Dr. Walterkirchen de la Clínica del Prof. Finsterer de Viena, ¿recuerda haber visto algún cáncer de la primera porción del duodeno?

Dr. Walterkirchen. — No; entre todas sus observaciones creo que él tampoco vió un cáncer de la primera porción del duodeno.

Dr. Praderi. — Agradezco las palabras de los Profs. Chifflet y Stajano. Deseo agradecer especialmente al Prof. Armand Ugon por haberme brindado la oportunidad de seguir la evolución de este caso desde su iniciación y colaborar junto a él, en el acto quirúrgico y post-operatorio.