

TUMOR BENIGNO DEL BULBO DUODENAL (*)

(A propósito de una observación)

Dr. José Luis Badano Repetto

(Jefe de la Sala de Cirugía del Centro de Gastroenterología del
Hospital Pereira Rossell — Montevideo, Uruguay)

La presentación de esta observación clínica en la media hora previa de la Sesión de la Sociedad de Cirugía creemos que se justifica por la rareza de los tumores benignos en esta región del intestino.

Considerando distintas estadísticas se puede aceptar que si los tumores benignos del intestino delgado son poco frecuentes, los del duodeno lo son menos aún.

Rainford, del John Hopkins Hospital, sobre 11.500 necropsias y 45.000 piezas estudiadas, encuentra 88 neoformaciones del intestino delgado, de las cuales 21 corresponden al duodeno (24 %) y de esas 21 solamente 13 eran benignas, es decir que sólo el 14 % de las neoformaciones del delgado corresponden a tumoraciones benignas del duodeno.

Según Allan Moore el lugar más frecuente dentro del duodeno es la ampolla de Vater.

Hoffman, sobre 58 neoformaciones del delgado encuentra 14 en duodeno; Rankin halla 14 en 35.

Diagnóstico. — Generalmente son asintomáticos y se descubren accidentalmente en la autopsia. Clínicamente se pueden manifestar por síntomas pequeños o graves, siendo la cancerización y la hemorragia los dos grandes peligros. La oclusión y torsión del tumor pueden ser otras complicaciones.

Frente a una hemorragia alta y descartada la lesión gástrica y el ulcus duodenal debe investigarse el tumor benigno. La radiología puede evidenciarlos pero en ocasiones exige exámenes repe-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa al día 6 de agosto de 1958.

tidos para considerarlo, siendo Golden quien, en 1928, mostró radiológicamente el adenoma de duodeno haciendo énfasis sobre su malignización.

El diagnóstico diferencial debe plantearse con pólipos gástricos, cuerpos extraños, etc. Desde el punto de vista de los exámenes de laboratorio, la aclorhidia excluye el diagnóstico de hiperplasia (forma adenomatosa de Feyrter). (1) Según Erb y Johnson la hiperplasia de las glándulas de Brunner sería el mecanismo protector contra la hiperacidez.

Frecuencia. — Desde el punto de vista de la estructura microscópica y de acuerdo con la bibliografía consultada, se puede establecer el siguiente porcentaje tomado de Hoffman (Dic. de 1945).

NUMERO DE CASOS

(T. B. de D.): 66;	Lipoma: 4, 6,6 %;
Adenoma: 21, 31,8 %;	Fibroma y mioma: 3, 4,5 %;
Mioma: 11, 16,7 %;	Tumor Quístico: 2, 3 %;
Restos Páncreas: 8, 12,1 %;	Linfangioma: 2, 3 %;
Adenoma Bruneriano: 7, 10,6	Fibroadenoma: 1, 1,5 %;
por %;	Argentanfinoma: 1, 1,5 %;
Hemangioma: 5, 7,8 %;	Restos gástricos: 1, 1,5 %.

Observación clínica. — M. L. de D., 70 años, Sala 11 del Centro de Gastroenterología del Hospital Pereira Rossell. Julio de 1958.

Motivo de ingreso: Cuadro doloroso de vientre con localización en epigastrio, propagándose el dolor a la región derecha del abdomen, vómitos y deposiciones con sangre negra.

Antecedentes familiares. — S/P.

Antecedentes personales. — Colecistomatizada hace 32 años, luego operada por ptosis renal derecha. Hace unos 10 años estuvo internada por anemia, dolor epigástrico acompañado de vómitos. Estudiada en esa oportunidad no se llegó a un diagnóstico definido haciéndosele tratamiento médico y régimen dietético. Constipada habitual.

Enfermedad actual. — Su enfermedad actual parece datar de hace unos 6 meses en que la enferma refiere haber experimentado dolor en epigastrio y molestias en hipocondrio derecho con propagación al dorso. Todo esto aparecía estando o no en ayunas, sintiendo cuando ingería algún alimento, sensación de plenitud gástrica, acompañada en ocasiones

(1) Feyrter describe: Hiperplasia nodular difusa, hiperplasia nodular circunscrita y la hiperplasia adenomatosa. En general son múltiples, sesiles, no encapsulados, se mantiene la continuidad del epitelio, hay atrofia del mismo e infiltración linfocitaria.

de ardores, eructos y vómitos que le aliviaban esta sintomatología. En varias ocasiones notó materias negras coincidiendo con los episodios dolorosos.

Examen clínico. — Enferma lúcida, inquieta, apirética, mucosas pálidas, lengua saburral. Presión: Mx 13 Mn 8. Pulso de 100 al minuto regular, normotenso.

En el abdomen se observa una cicatriz operatoria paramediana supra-umbilical derecha. Otra cicatriz en el flanco derecho y fosa lumbar. El abdomen está regularmente distendido, se moviliza bien a la inspiración, señalando la enferma dolor en el epigastrio que se propaga al dorso. La palpación profunda despierta dolor en epigastrio, no pudiéndose palpar hígado ni bazo. El resto del examen es negativo.

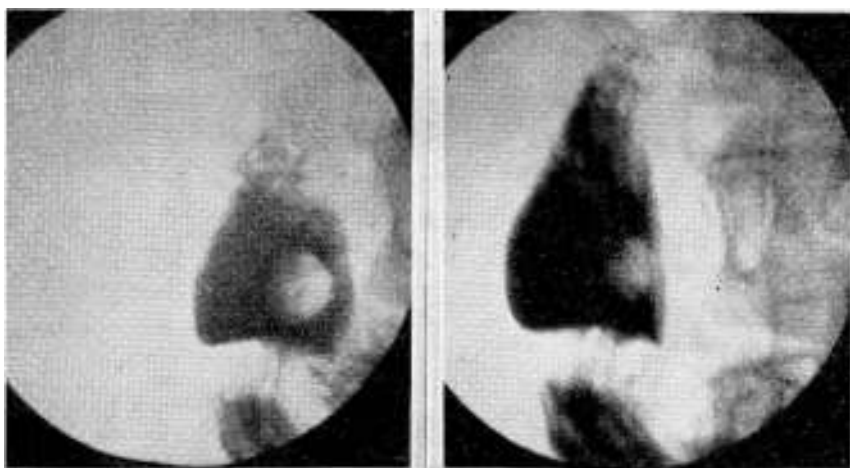


FIG. 1

FIG. 1'

Exámenes de laboratorio. — Hemograma: Rojos 3.800.000. Blancos: 8.900. Hemoglobina: 66 %. V.G. 0,96. Hematocrito: 38 %. Urea en el suero: 0,35. Wasserman: Negativo. Weber: +++. Tiempo de sangría: 1 minuto. Tiempo de coagulación: 4 minutos 30". Quimismo gástrico: Acidez en HCl 15' = 0,36; 30' = 1,02; 45' = 0,73; 60' = 0,65 (Hipoclorhidria).

Rayos X. — Se toma una placa de abdomen simple no comprobándose alteraciones dignas de mención. Un estudio de estómago y duodeno revela a nivel del bulbo duodenal una falta de relleno sobre la cara posterior cerca de su borde derecho. La imagen lacunar persiste en exámenes sucesivos no presentando el signo de Carman (Imagen en escarapela con pedículo en píloro durante la sístole gástrica) (Fig. 1 y 1').

En suma: Se trata de una enferma de 70 años con un sufrimiento de su aparato digestivo del tipo de una dispepsia hiperes-

técnica acompañada de vómitos, deposiciones con sangre digerida, una hipoclorhidria, anemia y una imagen radiológica bien circunscrita en el bulbo duodenal. Este cuadro parece evolucionar en unos seis meses.

Con diagnóstico de tumor circunscrito del bulbo duodenal se indica la intervención interpretando que dicha tumefacción es causal de la dispepsia y la melena.

Pre-operatorio: Transfusiones de sangre, antiespasmódicos, antibióticos y régimen higiénico dietético apropiado.

Operación: Dr. Badano Repetto J. L. y Pts. Salvagno y Pravia. Anestesia: Dra. Trujillo (ciclo-éter). Incisión transversa supra umbilical. Abierto el peritoneo se explora el abdomen, no encontrándose alteraciones dignas de mencionar salvo las siguientes:

a) La palpación de la primera porción del duodeno permite apreciar una tumefacción redondeada bien circunscrita que desliza bajo la cara anterior del bulbo duodenal.

b) Hiatus del esófago permeable a tres dedos.

c) La vesícula es macroscópicamente normal y está limitada por una celda de paredes laxas abierta en su parte anterior, no estando adherida a las mismas.

Se efectúa una incisión longitudinal de unos 8 mm. en la cara anterior del bulbo, sobre la tumefacción, exteriorizándola. Se extirpa haciendo una incisión en gajo de naranja que circunscribe la base de implantación suturándola con lino fino. Cierre del duodeno en dos planos con lino y epiploplastia por encima.

Drenaje con celofán que se saca por contra-abertura y cierre de la pared por planos.

Post - operatorio: Evolucionó sin complicaciones siendo dada de alta después de control radiológico efectuado a los 12 días.

Anatomía patológica. Protocolo N° 580219. (1)

Se trata de una pieza operatoria extirpada de la primera porción del duodeno (bulbo duodenal cara posterior). Es una masa redondeada con un pequeño pedículo que se ensancha en la base (figs. 2 y 3). El diámetro mayor es de 1 cm. y el menor de 9 mm. El color es blanco brillante con estrías rosadas. En la parte estrechada correspondiente al pedículo se observa una solución de continuidad que por un lado llega a la base de implantación y por el

(1) Estudio efectuado en el Depto. de Anatomía Patológica a cargo del Prof. Ferreira Berrutti. Hospital de Clínicas.

otro se extiende unos milímetros sobre la masa tumoral. El resto de la tumefacción está recubierto por mucosa macroscópicamente normal. La consistencia es firme y elástica. La mucosa desliza fácilmente sobre los planos profundos. Efectuado un corte meridiano siguiendo el eje mayor se observa una superficie polilobu-

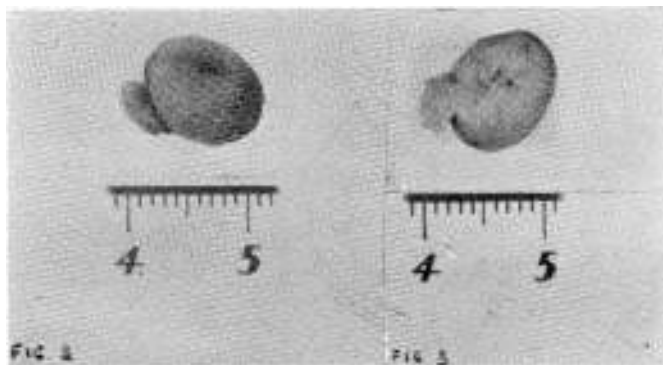


FIG. 2
Aspecto del tumor

FIG. 3
Corte sagital

lada, blancuzca con mucus. Algunos cordones fibrosos separan las lobulaciones. Se aprecia nuevamente la integridad de la mucosa que recubre la tumefacción.

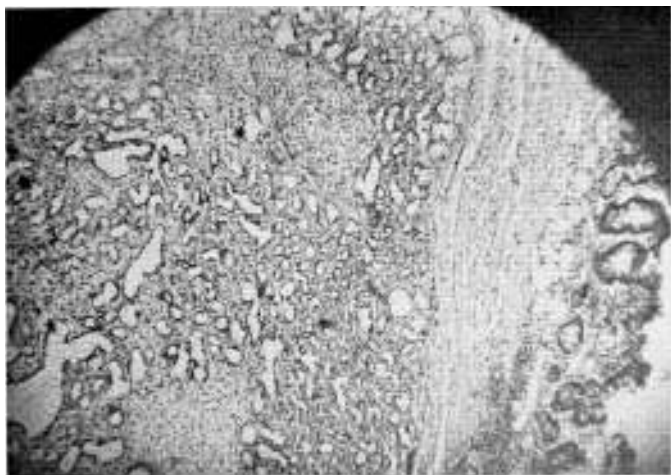


FIG. 4. — Panorámica. Mucosa. Cel. Caliciformes. Glándulas Brunner. Muscularis. Zona Adenomatosa: Estroma a cel. es-
pumosas. Formaciones quísticas.

Microscópicamente la tumefacción está recubierta por mucosa sana en cuyo corion hay discreta infiltración linfocitaria. Las glándulas de Brunner que existen en la mucosa, y la muscularis, son de aspecto normal. Por debajo de la muscularis, existen for-

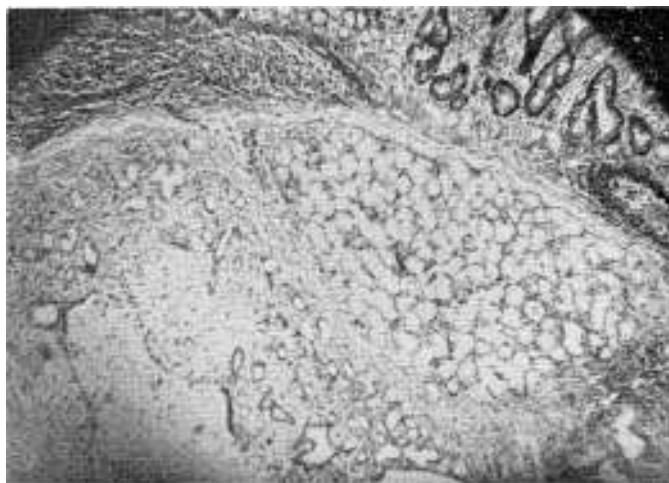


FIG. 5. — Otro aspecto panorámico.



FIG. 6. — Panorámica. Quistes grandes. Células espumosas.

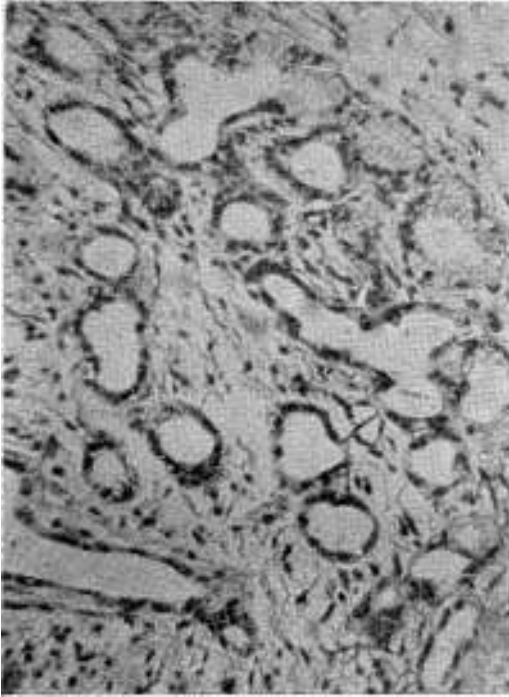


FIG. 7 — Zona adenomatosa.

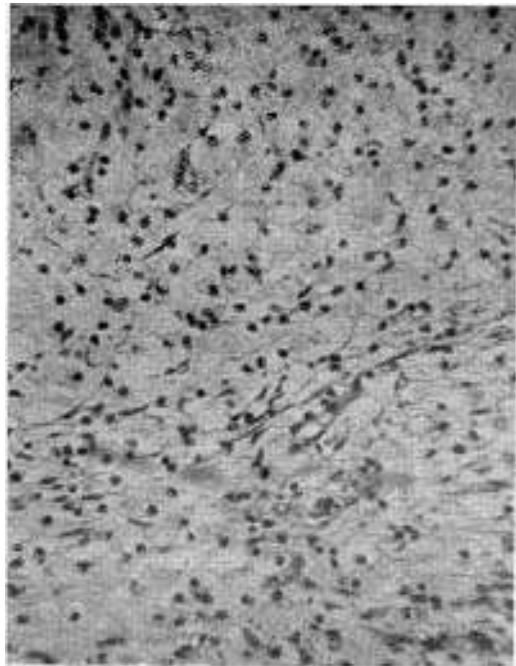


FIG. 8. — Detalle de la zona de cel. claras del estroma.

maciones adenomatosas a expensas de las glándulas de Brunner, formaciones quísticas de las mismas y entre éstas, grupos de células grandes y claras que estudiadas con otras coloraciones se pueden interpretar como células xantomatosas.

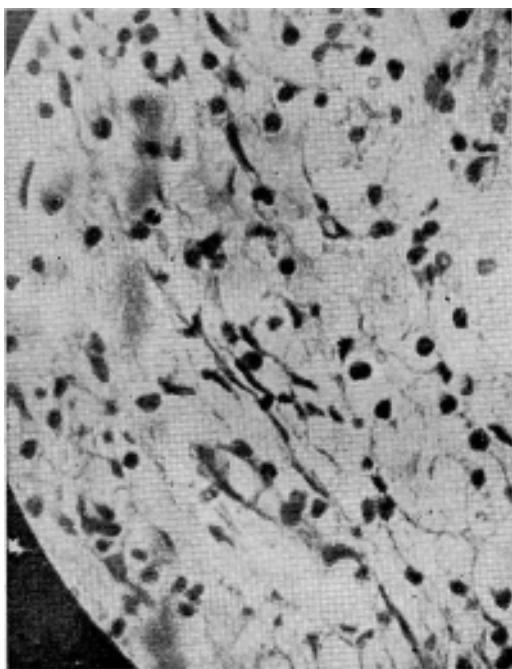


FIG. 9. — Cel. claras a
más aumento.

En suma: Se trata de una formación tumoral pediculada del bulbo duodenal que anatómicamente corresponde a un adenoma brunneriano. (Figs.: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9).

NOTA: Se utilizaron colorantes complementarios como el Muci-carmin, el P.A.S. y cortes a congelación para la observación con luz polarizada. La frecuencia de los tumores benignos de duodeno es del 10,6 % sobre 66 tumores benignos del duodeno encontrados en la bibliografía consultada (1945).

RESUMEN.

Se describe una observación clínica documentada radiológicamente y anatomopatológicamente sobre un tumor benigno del bulbo duodenal, cuya sintomatología era: dispepsia hiperesténica acompañada de vómitos y melenas. Se practicó la extirpación del tumor con evolución favorable .

SUMMARY

A clinic observation *radiologically* and *anatomopathologically* documented is described, about a benign tumor at the *duodenal bulb*.

The unusual place in which it was located called our attention. The *sinthomathology* was: *hiperestenic dispepsy* accompanied by vomits and bleedings. The tumor was extirpated. The patient had a favourable evolution.

RESUME

On décrit une observation clinique documentée en radiologie et en anatomopathologie au sujet d'une tumeur bénigne du bulbe duodénal.

On en souligne la rareté. La syntomathologie était: dyspepsie hypersthénique accompagnée de vomissements et d'hémorragies intestinales. L'extirpation de la tumeur pratiquée avec un résultat satisfaisant.

BIBLIOGRAFIA

- GOLDEN, R. — Non malignant tumors of the duodenum. Am. J. Roentgenol 20: 405-413, 1928.
- ROBERTSON, H. E. — Pathology of Brunner's glands. Arch. Path. 31: 112-130, 1941.
- HOFFMAN, B. P. — Benign tumors of the duodenum. Am. J. Surg. 70: 394-400, 1945.
- DODD D. GERALD and Col. — Hiperplasia de las glándulas de Brunner. Radiology 60: 814-821, 1953.
- WOODWARD, B. — Benign tumors of the duodenum. West Surgery 62: 513-518, 1954.
- WILENSKY, A. O. — Tumors arising in Brunner glands. Am. J. Digest. Dis. 15: 206-209, 1948 ó 50?