

Pólipo adenomatoso brunneriano de duodeno

Dres. MUZIO MARELLA, ORLANDO PEREIRA, CARDOZO LAREO,
JUAN CASSINELLI ^Δ y LUIS FALCONI *

Los tumores del intestino delgado son raros. La localización en duodeno es más excepcional. En la segunda porción de este órgano es donde predominan las formaciones tumorales, ya sean estas benignas o malignas (3, 4, 5, 6).

Hace cerca de un siglo Cruveilhier describió por primera vez un tumor duodenal. Raiford encuentra una frecuencia de 0.16 por ciento de tumores de intestino delgado en 59.500 autopsias, la mayoría eran en duodeno e íleon.

—Hoffman [citado (2)] en una revisión sobre 66 casos presentados en la literatura de tumores benignos de duodeno, comprueba que el 10.6 % son de las glándulas de Brünner.

—En 1952 Hudson e Ingram (7) encuentran solamente 64 casos de adenomas brunnerianos en la literatura mundial. Este autor destaca que la incidencia varía con la normal distribución de las glándulas de Brünner y que los tumores eran generalmente sesiles, menos frecuentemente pediculados. El tamaño raramente excedía más de 10 × 10 mms.

—En nuestro país el primer caso publicado corresponde a Bađano Repetto (1).

Presentamos pues el segundo caso en la literatura nacional de este tipo de tumor.

—Su sintomatología no tiene nada de característico y prácticamente es un hallazgo operatorio o de autopsia.

—Las complicaciones pueden ser la hemorragia y la cancerización, esta última muy remota.

CASO CLINICO

Paciente que procede del Dpto. de Tacuarembó, mujer de 35 años. En 1955, operada de Quiste Hidático de hígado. En 1963 fue estudiada por dispepsia hepatobiliar

con colecistografía normal. En junio de 1971, consulta a uno de nosotros por cuadro doloroso de H.D. de moderada intensidad con tumoración palpable. Se traslada a Montevideo mejorada de su dolor pero se comprueba en el nuevo examen la tumoración en el H.D. Los dos médicos que la vimos coincidimos en el posible diagnóstico: colecistitis obstructiva aguda o Q.H. de hígado. Se le hace una colecistografía y una radiografía simple de H.D. Vesícula acodada sin cálculos. No hay imagen de Q.H. Después de este examen hizo un nuevo empuje doloroso de H.D. con defensa que nos decide a intervenirla sin realizar más estudios, con el probable diagnóstico de Q.H. de hígado en inminencia de rotura peritoneal.

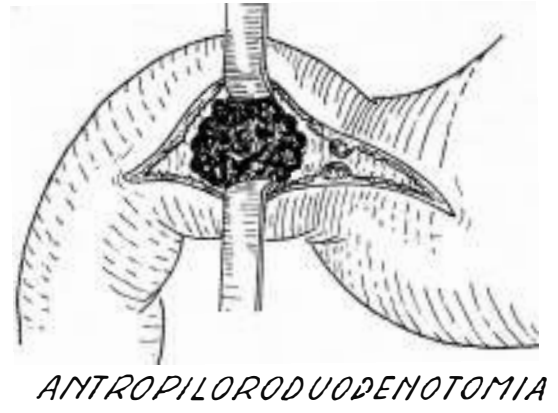
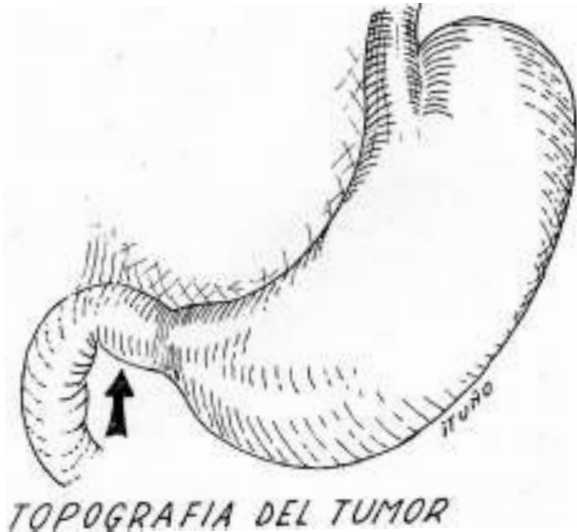
Intervención - Exploración: Hígado bridado a pared anterior con una cicatriz fibrosa (zona de quistostomía) que se palpaba como tumor. Vesícula sin cálculos. Tumor de primera porción de duodeno. Gastropíloro duodenotomía longitudinal anterior. Tumoración poliposa fijada a pared posterior de duodeno de 3 ½ por 2 ½ cms. con pedículo de base amplia. El tumor ocupa todo el bulbo duodenal. No hay adenopatías satélites. *Conducta operatoria:* Gastropíloro duodenectomía resecaando el bulbo duodenal con restablecimiento del tránsito por gastroduodenostomía terminoterminal (Pean - Rydigier - Billroth). Buena evolución posoperatoria inmediata y alejada. Tolerancia digestiva normal hasta la fecha.

Anatomía patológica: Gastrectomía con exéresis amplia de duodeno de 4 ½ cms. Sobre cara anterior del duodeno, inmediatamente debajo del piloro hay un tumor poliposo sesil de casi 2 ½ cms. de diámetro y 1 ½ cm de altura que al corte parece formado por la fusión de gruesos pliegues de la mucosa y que se apoya directamente sobre la muscular propia del duodeno. No hay lesión gástrica macroscópica. Corte long. mediano total del tumor.

Pólipo adenomatoso Brunneriano del duodeno constituido por una exhuberante proliferación de las glándulas de Brunner que ocupa todo el espesor de la mucosa y de la submucosa recortada por haces y tractos fibromusculares lisos (resto de la muscularis mucosa disociada por la proliferación adenomatosa) superficialmente revestida por una mucosa duodenal muy adelga-

* Prof. Adj. Cirugía. Cirujano M. S. P. Presidente de Cirugía. Asistentes Anatomía Patológica. Fac. Med. Montevideo.

Presentado el 27 de octubre de 1972.



RESECCION:
GASTRECTOMIA
SUBTOTAL

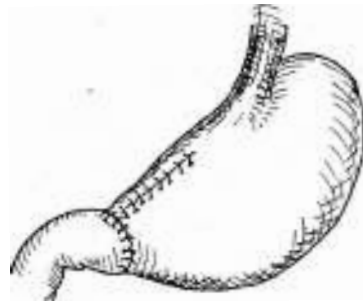
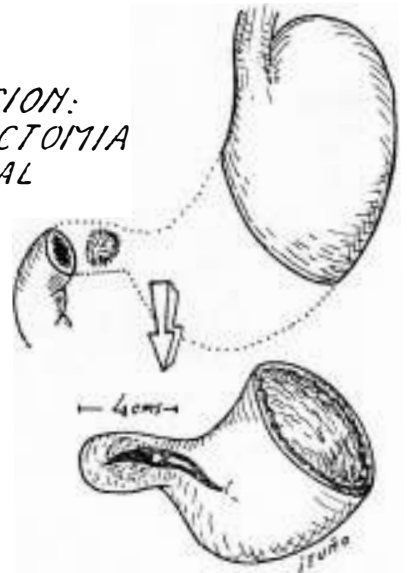


FIG. 1.— Comprobaciones operatorias y conducta quirúrgica.

zada con pocas glándulas de Lieberkun rechazadas por el crecimiento brunneriano. El adenoma se inicia en la vertiente duodenal del píloro, prácticamente, identificándose el tránsito de la mucosa gástrica antral en un reducido sector de mucosa duodenal. No hay ulceración y raramente se ven algunos infiltrados linfocitarios en la masa del adenoma. Arquitectalmente, la masa del adenoma no aparece homogéneamente sólida sino que hay engrosamientos como si fueran gruesos pliegues anastomosados. No hay caracteres morfológicos sospechosos de malignidad. El adenoma está apoyado sobre la muscular propia sin invadirla. (J. F. Cassinelli).

COMENTARIOS

Como dijimos anteriormente, estos tumores son en su mayoría sesiles, menos frecuentemente pediculados, muy raramente exceden los 10×10 mmc. El caso relatado tenía una dimensión operatoria de $3\frac{1}{2} \times 2\frac{1}{2}$ cms., es decir mucho mayor que lo habitual.

Surge una pregunta, si frente a un tumor de esta índole no debe hacerse una intervención económica, resecano el tumor solamente.

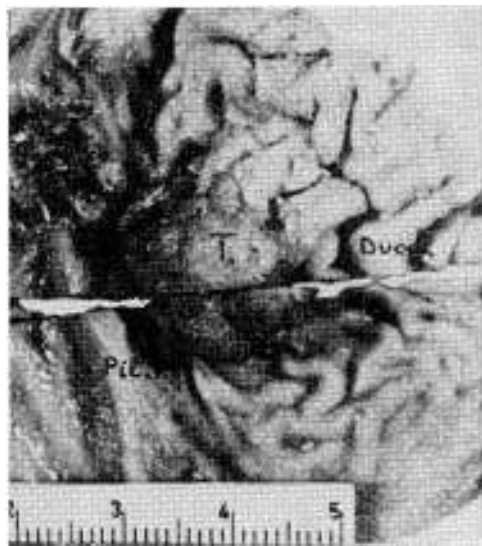


FIG. 2.—Segmento antropíloroduodenal. Tumor vegetante nodular sesil de 25 mm de diámetro, de superficie granulosa.

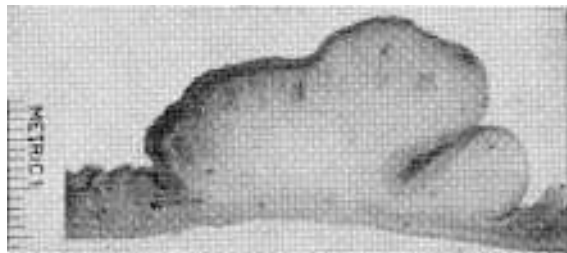


FIG. 3.—Topografía de la superficie de sección sagital. Tumor sesil vegetante implantado sobre la muscular propia duodenal. Superficialmente recubierto por mucosa duodenal.

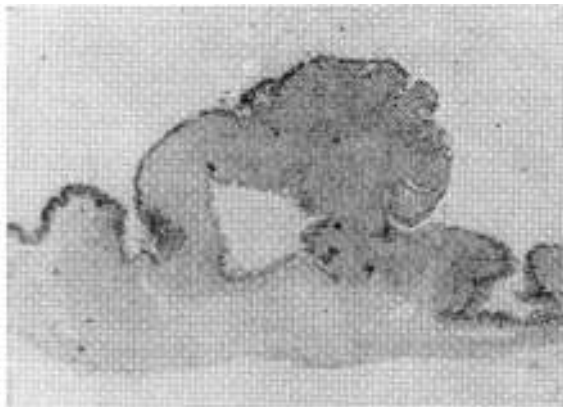


FIG. 4.—Microfotografía topográfica de la estructura adenomatosa Brunneriana del tumor.

Cuando el tumor es pequeño y no hay caracteres operatorios de malignidad o si se trabaja en condiciones ideales de contar con anatomopatólogo para realizar un estudio histológico por congelación y se comprueba la benignidad, la resección económica está indicada.

En nuestro caso con un tumor relativamente grande, ampliamente implantado en pared posterior de duodeno y cuya naturaleza ignoramos, hasta que se hizo el diagnóstico histológico, la gastropíloroduodenectomía nos pareció la conducta lógica.

RESUMEN

Se presenta un caso de un pólipo adenomatoso brunneriano del duodeno cuya única sintomatología fue el dolor en H.D.

El diagnóstico operatorio fue de tumor de bulbo duodenal. Se hizo gastropíloroduodenectomía con resección amplia de duodeno y anastomosis gastroduodenal.

La anatomía patológica hizo el diagnóstico definitivo de la lesión.

Se destaca la extrema rareza de este tipo de tumor, cuyo diagnóstico fue histológico.

RÉSUMÉ

On présente un cas d'un polype adénomateux brunnerien du duodénum dont le seul symptôme était la douleur en l'hypocondre droit.

Le diagnostic opératoire fut tumeur du bulbe duodénal. On fit gastro-pyloro-duodénectomie avec resection ample du duodénum et anastomose gastro-duodénale.

L'anatomie pathologique fournit le diagnostic définitif de la lésion.

On remarque l'exceptionnel de cette sorte de tumeur dont le diagnostic est histologique.

SUMMARY

One case of duodenal adenomatous Brunnerian polyp whose only symptomatology was pain in the right upper abdomen is reported.

The operative diagnosis was tumor in duodenal bulb.

Gastropiloro-duodenostomy was made with a large duodenal resection and gastro duodenal anastomose.

The definitive diagnosis of the lesion was histologic. The highest degree of rarity about this sort of tumor is pointed out.

BIBLIOGRAFIA

1. BADANO REPETTO, J. L. Tumor benigno del bulbo duodenal. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 29: 3, 1958.
 2. EBERT, R. E., PARKHURST, G. F., MELENDY, O. A., OSBORNE, M. P. Primary tumors of the duodenum. *Surg. Gynec. Obst.*, 97: 135, 1953.
 3. KNOERNSCHILD, H. D., KELLEY, H. G. Bening tumors of the duodenum. *J.A.M.A.*, 181: 49, 1962.
 4. McILRATH, D. C., HINNEKENS, P. H. Primary tumors of the small intestine. *Surg. Clinic N. A.*, 47: 909, 1967.
 5. MOERSCH, R. N., WOOLNER, L. B., CLAGETT, O. Villous adenoma of the duodenum. *Surg*, 51: 574, 1962.
 6. MOFFAT, F., ANDERSON, W. Villous adenoma of the duodenum. *Brit. J. Surg.*, 43: 106, 1955.
 7. RIVER, L., SILVERSTEIN, J., TOPE, J. W. Benign neoplasms of the small intestine. *Surg. Gynec. Obst.*, 102: 1, 1956.
-