CIR. DEL URUGUAY, V. 47, Nº 2: 150-151, marzo/abril 1977

Oclusión duodenal por reticulosarcoma

Dres. Alfredo Armand Ugón, Huzo Sáez, Juan Segura y Carlos Cagno

Presentación de una observación de obstrucción duodenal en su tercera porción secundaria a comprensión extrinseca por adenopatías reticulosarcomatosas. La solución quirúrgica fue la gastroenteroanastomosis.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Duodenal / Obstruction / Etiology.

Traemos hoy a consideración de esta Sociedad una forma de oclusión duodenal extremadamente rara. Se trata de una comunicación preliminar de una miscelánea de oclusiones duodenales poco frecuentes que presentará la Clínica Quirúrgica "2".

Analizaremos en esta observación la presentación clínica, su etiología, el terreno especial en que asienta, y el plan terapéutico.

Destacamos que en la bibliografía nacional no hemos hallado comunicaciones similares sobre el tema.

OBSERVACION CLINICA

A.P. 23 años, sexo masculino. Nº Reg. 2.362. Clínica Médica I.

Ingresa el 30-VII-75 por poliadenopatías inguinales, axilares y cervicales; y marcada repercusión general con astenia, anorexia, adinamia y adelgazamiento de 8 kgs en 2 meses de evolución.

Al examen físico se trata de un paciente emaciado, pálido, portador de poliadenomegalias universales, en conglomerados, dolorosas, y fijas a los planos profundos.

En el abdomen se destaca tumefacción centroabdominal a límites poco netos, groseramente redondeada (15 cm de diámetro), dura, polilobulada, fija; que impresiona como retroperitoneal.

Es estudiado en Servicio de Medicina, comprobándose: biopsia ganglionar cervical: reticulosarcoma mielograma: infiltración medular a elevado número de células reticulohistiocitarias; inmunoelectroforesis: franco descenso de IgG e IgA, con IgM normal.

Durante su internación instala vómitos de alimentos y luego biliosos repetidos, hasta hacerse incoercibles; y dolor abdominal epigástrico de tipo cólico.

Consultado el Servicio de Cirugía, se efectúan RX simple de abdomen y contrastada de gastroduodeno.

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 7 de julio de 1976.

Residente de Cirugía, Residente de Cirugía y Asistente de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Tacuarembó 1587 (Dr. A. Armand Ugón).

Clínica Quirúrgica "2" (Prof. Lorenzo Mérola). Hospital Maciel. Montevideo.

En ella se evidencia un estómago sin lesiones, un megaduodeno con un desfiladero y stop a nivel de D II.

Se establece el diagnóstico de oclusión de D II por adenopatías retroperitoneales de índole reticulosarcomatosa. Oclusión mecánica duodenal que es de sanción quirúrgica inmediata, previas medidas de orden locorregional y general imprescindibles y tendiendo a corregir los disturbios en marcha con miras a la intervención (intubación nasogástrica, aporte parenteral, medición de PVC, etc.).

Operación: Se aborda por mediana supraumbilical, comprobándose los siguientes hallazgos: 1) Masa adenopática retroperitoneal que comprime e infiltra D II y D III, causante de la oclusión duodenal. **2)** Adenopatías generalizadas retroperitoneales infiltrando también mesos colónicos, yeyunoileales y gástricos. 3) Hígado y bazo aparentemente normales.

Se optó por la única solución viable, aunque paliativa de la situación creada; efectuándose una gastroenteroanastomosis, precólica, isoperistáltica, yuxtapilórica, en dos planos con material irreabsorbible.

Evolución: Es mala, ya que fallece al 11º día, pese a haber recuperado su tránsito digestivo, alimentándose correctamente.

CONSIDERACIONES

El paciente que estamos analizando es portador de una linfopatía tumoral no hodgkiniana, de por sí una afección de mal pronóstico.

De acuerdo a la clasificación de Rappaport (1966) (5), es un linfoma maligno tipo celular del reticulohistiocito.

La forma histopatológica de esta observación es difusa, lo que constituye otro elemento de mal pronóstico (1, 3).

De acuerdo a la estadificación usada habitualmente corresponde a un estadio IV b, ya que existe diseminación medular y se acompaña de repercusión general importante.

La participación visceral duodenal es por extensión regional de las adenopatías y no por diseminación o inicio de la enfermedad a dicho nivel.

Podemos presumir un origen en el sector donde las adenopatías son mayores y más abundantes: retroperitoneo y mesos. Se trata de una localización frecuente de esta enfermedad (2, 4).

Por otra parte, estas localizaciones son las que dan mayor repercusión general, con diagnóstico más difícil y tardío, ya en un estado avanzado de la enfermedad.

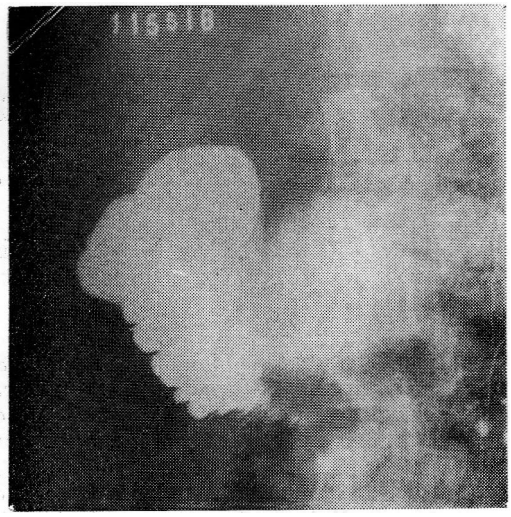

FIG. 1.— La radiografía contrastada señala el stop a nivel de duodeno III y la dilatación supraestructural.

Otras veces el origen de estas linfopatías es multicéntrico, impresionando de entrada como generalizado, hipótesis que es dable plantear en esta observación. Este elemento es característico de este tipo de linfomas, ya que no suele verse en el Hodgkin (1, 2).

Es interesante analizar con detención el aspecto inmunitario. Se comprobó un déficit importante en las inmunoglobulinas A y G. Es un hecho conocido la aparición de reticulosarcomas en pacientes portadores de deficiencias de inmunoglobulinas. En nuestra observación no podemos asegurar que esta eventualidad se cumpliera ya que se desconocen cifras anteriores. Clínicamente no hay historia de infecciones reiteradas ni de diarreas crónicas.

Huet presentó un caso de hipogammaglobulinemia conocida desde 1955 que hizo el reticulosarcoma en 1972 a topografía ileal. Green (1967); Schrubet (1967); Polkonen (1963) se refieren al mismo hecho con casos similares.

Por otra parte también se conoce la asociación de hipogammaglobulinemias y cánceres de otros tipos. El problema radicaría en una incapacidad defensiva frente a los antígenos tumorales.

En nuestro paciente la inmunidad celular timodependiente está conservada ya que poseía una linfocitosis absoluta superior a 800.

Hipotéticamente la otra posibilidad que existe es que la deficiencia de inmunoglobulinas A y G no sea previa sino secundaria, por agotamiento frente a la presencia de la enfermedad cancerosa.

Finalmente nos referiremos a la complicación duodenal. Son muy raras las obstrucciones de D III, y más aún las neoplásicas. Dentro de ellas el reticulosarcoma es más excepcional aún.

La situación anatomoclínica creada condiciona una serie de repercusiones fisiopatológicas severas que jugaron un rol decisivo en el desenlace final. En efecto, la oclusión digestiva alta cursó con cuadro metabólico importante, severo, por las pérdidas sufridas (deshidratación, alcalosis). En esta topografía se pierden no sólo contenido gástrico, sino también bilis y secreciones pancreáticas, lo que agrava más las carencias.

El equipo medicoquirúrgico actuante estableció un plan terapéutico que no pudo completarse por la evolución terminal:

1) Intervención quirúrgica para solucionar la obstrucción mecánica duodenal.

2) Poliquimioterapia postoperatoria: COPP. Ciclofosfamida, Oncovin, Prednisona, Procarbexina.

No se planteó la radioterapia ya que sólo se aplica en los estadios I y II.

RESUME

Occlusion duodenale due a un reticulosarcome.

L'auteur présente une observation d'obstruction dans la 3ème portion du duodénum, faisant suite à une compression extrinsèque due à des adénopathies réticulosarcomateuses. La solution chirurgicale fût la gastro-entéro-anastomose.

SUMMARY

Duodenal occlusion for reticulosarcoma.

A patient suffered obstruction of the third secondary portion of duodenum and extrinsic compression due to reticulosarcomatose adenopathies. Gastroenteroanastomosis was performed.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DORFMAN R. Citado por 4.
2. GERARD-MERCHANT R. Une nouvelle approche physiomorphologique des lymphomes malins non Hodgkinienes. *Bull Cancer,* 61: 1, 1974.
3. JONES SE. Clinical features and course of the non Hodgkin lymphomas. *Clin Haematol,* 3: 131, 1974.
4. JONES SE, ROSENBERG SA, KAPLAN H. Non Hodgkinian's lymphomas. *Cancer,* 29: 954, 1972.
5. RAPPAPORT H. Tumors of the hematopoietic system. Atlas of tumor pathology. Washington, DC, Armed Forces Institute of Pathology, 1966.