

Cáncer primitivo de duodeno distal. Duodenectomía

Dres. Alberto Beguiristain, Gustavo Bogliaccini y Raúl Praderi

Los autores presentan una observación de adenocarcinoma anular de cuarta porción de duodeno, diagnosticado radiológicamente. Se debe sospechar la existencia de esta enfermedad cuando existe un megaduodeno en la primera y segunda porción.

La duodenofibroscopia permite efectuar el diagnóstico y la biopsia de estos tumores.

El procedimiento efectuado fue una duodenectomía distal incluyendo el ángulo duodeno-yeyunal. Se restableció el tránsito con una duodeno-yeyunostomía término-terminal, a la derecha del mesenterio.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Duodenal Neoplasms.

Presentamos una observación clínica de cáncer anular de duodeno distal resecado hace dos años y medio.

Los adenocarcinomas primitivos de duodeno, excluyendo los tumores de la papila de Vater, representan del 33 % al 45 % de los cánceres del intestino delgado (9). El 80 % de los tumores duodenales son adenocarcinomas (6, 13).

Su sintomatología es inespecífica, pudiendo dar síndromes obstructivos, hemorrágicos o sólo un sufrimiento dis péptico mixto.

La presencia de tumores en D III y D IV se debe sospechar cuando hay un megaduodeno radiológico que llega a D III, manifestándose además por imágenes lacunares o estenóticas en forma de desfiladero rígido (Signo de Racht); diferenciables de los producidos por el pinzamiento aorto-mesentérico que da aspecto de boudin, el que desaparece con el decúbito ventral (3, 6).

El megaduodeno del páncreas anular se ve en los niños y en los adultos, pero no en los jóvenes. Es generalmente de D I y la porción superior de D II (3).

La duodenofibroscopia con fibroscopio largo permite ver y biopsiar estos tumores (5, 8, 12, 15).

En cambio el gastrofibroscopio convencional no llega a la tercera porción del duodeno, como sucedió en el caso que nos ocupa.

*Clínica Quirúrgica "3" (Prof. R. Praderi).
Hospital Maciel. Montevideo.*

CASO CLINICO

Se trata de una paciente de 66 años que consultó por dispepsia y vómitos esporádicos. El estudio radiológico del gastroduodeno mostró estómago normal con una pequeña hernia diafragmática y además un megaduodeno que incluía toda la segunda porción en el cual se dibujaban niveles (fig. 1). El pasaje por la tercera porción era dificultoso existiendo allí una posible estenosis orgánica.

Generalmente estas imágenes pasan desapercibidas por el radiólogo si no las asocia a la historia clínica (fig. 2).

El colecistograma era normal y la fibroscopia hasta D II también. No se insistió en el estudio radiológico con hipotomía duodenal, ni se efectuó fibroscopia con fibroscopio largo. Preferimos operarla.

En la intervención, realizada el 31 de agosto de 1977 con anestesia general, se encontró un tumor sólido de aspecto carcinomatoso de D IV infiltrando el ángulo duodeno-yeyunal. Existían adenopatías en el mesenterio a nivel de la primer asa yeyunal. El hígado era sano y no había carcinomatosis peritoneal.

Se realiza la exéresis practicando la sección del músculo de Treitz en su inserción vertebral y la maniobra de Clairmont, resecando el duodeno a la izquierda del pedículo mesentérico y las dos primeras asas yeyunales (fig. 3). Se restableció el tránsito pasando el yeyuno a la derecha de los vasos mesentéricos y confeccionando una anastomosis duodeno-yeyunal término-terminal a nivel de la segunda rodilla.

El postoperatorio no tuvo incidentes. Lleva dos años y cuatro meses de operada y se encuentra muy bien.

COMENTARIO

La exéresis oncológica de los cánceres de duodeno está sistematizada, pudiéndose realizar tres tipos de operación (10, 13, 14).

Cuando el tumor asienta en D I se efectúa una gastropiloro duodenectomía proximal cortando por encima de la papila con gastroentero-anastomosis Billroth II.

En el tumor de la segunda porción duodenal (yuxtapapilares) se hace una duodeno-pancreatectomía cefálica (2, 4, 11) destacando que estos pacientes generalmente poseen una vía biliar fina y por razones técnicas se facilita la anastomosis biliar-digestiva anastomosando la vesícula al yeyuno.

Presentado como Tema libre al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1979.

Médico Auxiliar, Profesor Adjunto y Profesor de Clínica Quirúrgica. Facultad de Medicina. Montevideo.

Dirección: Cerro Largo 1257, Apto. 2, Montevideo (Dr. A. Beguiristain).

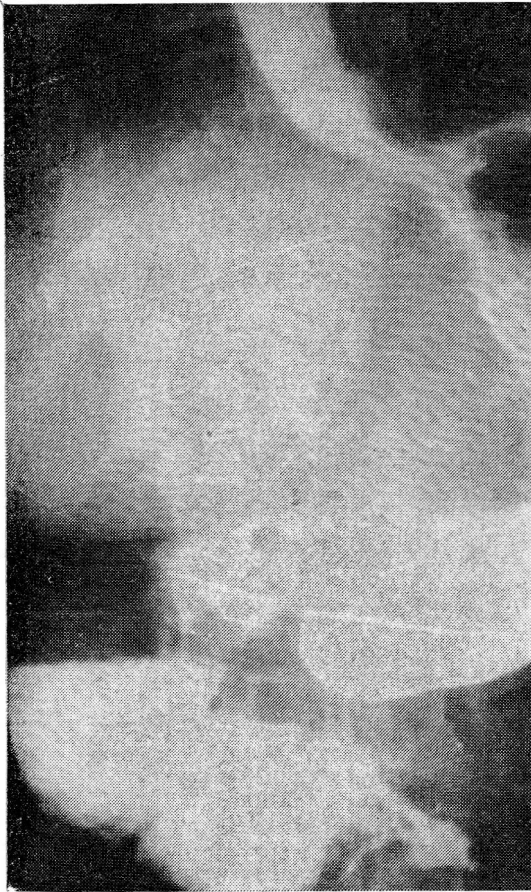


FIG. 1.—Se ve el megaduódeno y la estenosis de D III.

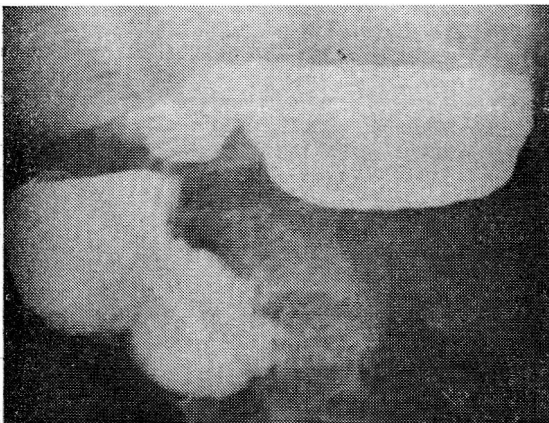


FIG. 2.—Se aprecia el stop en 3ª posición.

Por último si el cáncer es de tercera o cuarta porción o ángulo duodeno - yeyunal, la operación indicada es una duodenectomía distal y yeyunectomía proximal, con duodeno - yeyunoanastomosis como se realizó en nuestro caso.

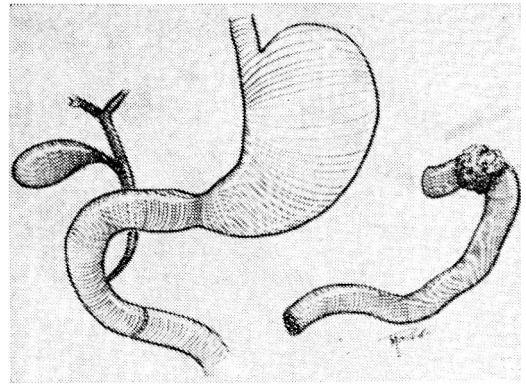


FIG. 3.—Procedimiento realizado y la pieza de resección.

Las duodenectomías con duodeno - duodenoanastomosis han sido abandonadas, prefiriéndose las operaciones descriptas (7).

DISCUSION

Creemos útil presentar esta observación pues se han comunicado pocos cánceres de duodeno tratados con resección y sobrevida en nuestro país. Armand Ugon (1) presentó el primero resecado con duodenopancreatectomía cefálica. Uno de nosotros (R.P.) con Ormaechea, comunicó un caso operado por este último situado en el bulbo duodenal (10). Pero no hemos encontrado en la literatura uruguaya duodenectomías distales, aunque Mescia refiere uno en su tesis inédita (8) y Pradines (12) nos ha comunicado dos casos similares operados con éxito. Por eso creemos importante recordar esta rara topografía tumoral que actualmente es posible diagnosticar y tratar con éxito.

RESUME

Cancer primitif du duodenum. Duodenectomie distale

Les auteurs présentent une observation d'adénocarcinome annulaire de la quatrième portion du duodenum, diagnostiqué à l'aide de la radiologie. On doit soupçonner l'existence de cette maladie quand il existe un mégaduodénum dans la première et deuxième portion.

La duodénofibroskopie permet d'effectuer le diagnostic et la biopsie de ces tumeurs. Le procédé effectué a été une duodénectomie distale, l'angle duodénoyéjunal inclus.

On a rétabli le passage avec une duodénoyéjunostomie terminale - terminale, à droite du mésentère.

SUMMARY

Primitive Distal Duodenal Cancer. Duodenectomy

Report of one case of anular adenocarcinoma in the fourth portion of duodenum, in which diagnosis was

established radiologically. This condition should be suspected when megaduodenum in the first and second portion is apparent.

Duodenofibroscope renders possible diagnosis and biopsy of such tumors.

Procedure consisted in distal duodenectomy extending to duodenojejunal angle. Transit was restored by termino-terminal duodenojejunostomy in the right side of mesenterium.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARMAND-UGON V, PRADERI LA, ZUBIAURRE L y CASTRO E. Carcinoma sólido de duodeno. Duodenopancreatectomía cefálica. *Bol Soc Cir Uruguay*, 24: 390, 1953.
2. BERMUDEZ O, DELGADO B, ETALA E, GARCIA CAPURRO R, GREZZI R, MAINETTI JM, PRADERI R y PRADI ES JC. Cirugía del Páncreas, tácticas y técnicas. *Cir Uruguay*, 41: 1, 1971.
3. BISMUTH V, BLERY M et GAUX JC. L'exploration radiologique du duodénum. *Rev Prat*, 23: 1889, 1973.
4. DELGADO B, BERRI R, CE D. J, DE LOS SANTOS J, PRADERI R, SOJO E y SUGASTI J. Cirugía de la papila. *Cir Uruguay*, 45: 427, 1975.
5. DUPUY P, COULBOIS J et GLIKMANAS M. L'endoscopie du duodénum. *Rev Prat*, 23: 1911, 1973.
6. GUENIN P, DEROIDE JP et FARAH A. Les tumeurs du duodénum. *Rev Prat*, 23: 1955, 1973.
7. GUIVARCH M. Duodénectomies. *Encycl. Méd. Chir. Paris. Techniques Chirurgicales. Appareil Digestif*, 4.1.0, 40420, 1977.
8. MESCIA C. Tumores primitivos de duodeno (Monografía). Inédita. Facultad de Medicina de Montevideo, 1978.
9. MOSS W, MAC CART M, JULER G and MILLER R. Primary Adenocarcinoma of the duodenum. *Arch Surg*, 108: 805, 1974.
10. PRADERI R y ORMAECHEA C. Operaciones por cáncer de duodeno. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 2: 279, 1962.
11. PRADERI R, ORMAECHEA C y DELGADO B. Duodenopancreatectomía cefálica. Consideraciones técnicas a propósito de 18 casos operados. *Cir Uruguay*, 31: 298, 1971.
12. PRADINES J. Comunicación personal.
13. RIVERO M. Tumores del intestino delgado. *Prensa Méd Argent*, 66: 151, 1979.
14. SAKKER S and WARE C. Carcinoma of the duodenum. *Br J Surg*, 60: 867, 1973.
15. SOJO E, ESTAPE G, ZIMMER W, DE SIMONE G. Estudio endoscópico de los tumores del duodeno. *Cir Uruguay*, 50: 13, 1980.