

SESION PLENARIA

CIRUGIA DEL DUODENO

OPERACIONES POR CANCER DE DUODENO *

Dres. RAUL PRADERI y CARLOS ORMAECHEA

Los cánceres de duodeno pueden ser primitivos de la pared del órgano, u originarse en la región ampular. Pueden ser secundarios por crecimiento e infiltración de tumores de páncreas o de colon.

Los neoplasmas primitivos de duodeno son raros si se excluyen los que nacen sobre la papila. En 1955 Brenner y Brown (3) habían reunido 474 casos publicados en la literatura.

Según Silvis (9) el 45 % de los cánceres de intestino delgado se originan en el duodeno. Este porcentaje sería de 32 % para Higgins (5) de acuerdo a la estadística de la Clínica Mayo.

Los tumores más frecuentes de duodeno son carcinomas, rara vez se ven carcinoides (el 4 % de todos los de intestino delgado) [Diffenbaugh (4)]. Los linfosarcomas son raros. Hasta 1953 se habían publicado 28 casos [Weinstein (11)].

La malignidad del cáncer de duodeno es menor que el de estómago, lo que permite resear un número mayor.

En una estadística reciente [Higgins (5)], de 24 cánceres de este tipo operados en la Clínica Mayo, 12 fueron reseables (10 segmentarios y 2 pancreatectomías). Un tercio de estos pacientes vivió más de 5 años.

La tendencia general es a practicar resecciones segmentarias [Jordan (6), Skalleberg (10)]. La sobrevida de operaciones paliativas es bastante alta, 21 meses según Seneque (8).

En nuestro país el único caso publicado que hemos encontrado fue operado por Armand Ugon (2) en 1954. Se trataba de

Contribución de la Clínica Quirúrgica del Prof. A. Chifflet.

un carcinoma de 3ª porción de duodeno. Fue diagnosticado radiológicamente y resecado practicando una duodenopancreatectomía cefálica. Sobrevivió más de un año.

Como ejemplos clínicos relataremos ahora sumariamente las historias de algunos enfermos operados por cirujanos de la Clínica del Prof. Chifflet.

A) CANCER DE DUODENO PROPIAMENTE DICHO

CASO 1.— V. V., 65 años. Hospital de Clínicas, registro N° 93.820. Ingresó por síndrome pilórico de instalación progresiva, con gran dilatación gástrica, estómago en palangana con estenosis total en la radiografía.

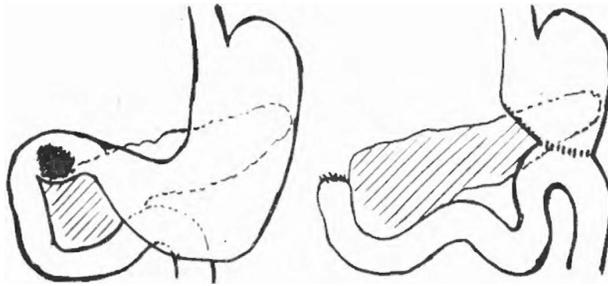


Fig. 1.— Corresponde al caso 1.
Duodenectomía bulbar con gastrectomía.

Operación (anestesia general 22-IX-1958, Dr. Ormaechea y Dr. Larre Borges).— Tumor bulbar del tamaño de un huevo de gallina, estómago sano. Se practica una gastrectomía subtotal con duodenectomía bulbar seccionando a distancia del tumor, resección de todo el epíplon y de los ganglios del pedículo hepático.

El estudio histológico (Dr. Aguiar) mostró mucosa duodenal sana entre el tumor y el píloro certificando su origen intestinal. El paciente evolucionó bien, fue operado de una hernia inguinal un año después (5-VIII-1959) y vive actualmente sin recidivas clínicas.

CASO 2.— L. V., 77 años. Sanatorio Americano. Paciente de edad, con antecedentes cardíacos e insuficiencia pulmonar. Ingresó por un cuadro de oclusión duodenal con vómitos abundantes biliosos. Previa aspiración se practica estudio radiológico encontrando un obstáculo en 4ª porción.

Operación (anestesia general, Prof. Chifflet).—Se confirma la existencia de una vólvula neoplásica en 4ª porción de duodeno. Se practica una duodeno-yeyunostomía láterolateral. Mejora rápidamente, restablece el tránsito intestinal y es dado de alta. Quince días después fallece con una neumopatía aguda.

B) TUMORES PRIMITIVOS DE LA REGION PAPILAR

Son los más frecuentes, se originan en la mucosa del colédoco, el Wirsung, la ampolla o la pared del duodeno. Cuando crecen es imposible establecer su origen. Se estudian en general junto a los tumores de páncreas y vías biliares pero cuando se desarrollan hacia la luz duodenal como en los casos siguientes son verdaderos tumores duodenales.

CASO 3.—M. R. A., 65 años. Hospital de Clínicas, registro N° 93.926. Ingresa por ictericia fría e indolora con icolia total, pero estando internado pasó bilis al duodeno durante unos días. La colangiografía transparietohepática muestra stop neoplásico papilar.

Operación (anestesia general 29-IX-1958. Dr. Ormaechea y Dr. R. Praderi).—Vía biliar dilatada, tumor duro en 2ª porción de duodeno, explorado por duodenotomía se confirma que obstruye totalmente la papila. Se practica duodenopancreatocotomía cefálica, con coledocoyeyunostomía, wirsungoyeyunostomía sobre pequeño tubo perdido radiopaco y gastroenterostomía. El estudio histológico mostró un adenocarcinoma. Fue dado de alta en buenas condiciones y pasó bien un año y medio. Reingresa el 29-VII-1960 con melenas y confirma la aparición de una carcinomatosis peritoneal. Fallece al cumplir dos años de operado.

CASO 4.—F. X. dos S., 76 años. Ingresa por ictericia obstructiva tres meses de evolución, fría, progresiva.

Operación (anestesia general 5-V-1958. Prof. H. Ardao y Dr. Larre Borges).—Dilatación del árbol biliar, coledocotomía, duodenotomía en 2ª porción. Poliposis excrecente de toda la papila. Se practica papilectomía con reimplantación del colédoco y Wirsung al duodeno, cierre de duodeno, tubo de Kehr en colédoco. Evoluciona bien. En diciembre de 1961 estaba bien sin recidivas, volvió a campaña y no se tuvo más noticias de ella. Radiológicamente se trataba de un adenocarcinoma.

CASO 5.—M. A. de G., 74 años. CASMU. Consulta por ictericia intermitente, fría, no total.

Operación (anestesia general 29-IV-1960. Prof. H. Ardao y Dr. Aguiar). Arbol biliar dilatado. Coledocotomía, obstrucción baja. Duodenotomía. Tumor papilar implantado por debajo del orificio del colédoco, no hay canal común.

al resecar el tumor se ve que estaba situado en la desembocadura del Wirsung que se reanastomosa al duodeno, cierre de duodeno. Kehr en colédoco. Evolucionó bien. Histológicamente era un epiteloma cilíndrico papilar. Alta, fue seguida durante un año sin recidivas aparentes. [Este caso y el anterior han sido publicados por Ardao (1).]

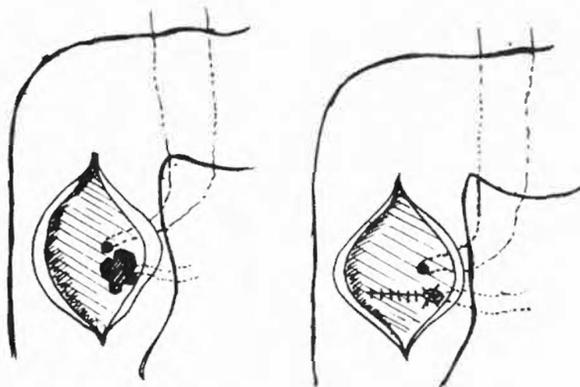


Fig. 2.— Corresponde al caso 5.
Duodenotomía y resección del tumor.

C) TUMORES SECUNDARIOS DE DUODENO

Raros, aparecen cuando la pared duodenal es invadida por un cáncer de colon transverso o de cabeza de páncreas, difícilmente resecables, obligan como tratamiento paliativo a una doble o triple derivación como sucedió en los casos siguientes.

CASO 6.— V. M., 56 años, diabética. Hospital de Clínicas, registro número 143.037. Ingresó por ictericia neoplásica con sondeo en blanco.

Operación (anestesia general 28-XII-1960, Prof. Chifflet).—Tumor de páncreas con metástasis hepáticas. Se hace colecistoyeyunostomía. Seis meses después síndrome de oclusión duodenal. Se opera 21-VI-1961, anestesia general, Dr. R. Praderi. Gastroenterostomía pues estaba infiltrada la 2ª porción del duodeno. Lo curioso de esta enferma fue que alternando con sus operaciones de derivación se operó el 12-V-1961 de un vólvulo de ciego y el 3-VII-1961 de otro de sigmoides, por esa razón ha sido publicada su historia completa (7).

CASO 7.— R. S. L., 73 años. Hospital de Clínicas, registro N° 164.200. Ingresó por cuadro de obstrucción duodenal en 2ª porción sin ictericia, constipación importante. El estudio radiológico muestra stop duodenal.

Operación (anestesia general 25-II-1962, Dr. R. Praderi).—Tumor en virola de colon transverso yuxtaduodenal adherente a otra virola en 2ª porción de duodeno, cabeza de páncreas algo infiltrada. Impresiona como primitivo de colon. Se practica gastroenterostomía, ileotransversostomía poststrictural y como la obstrucción biliar era inminente se hace una colecistogastrostomía término-lateral. Se recuperó bien, restableció el tránsito, fue visto por última vez al mes de operado cuando volvió a campaña.

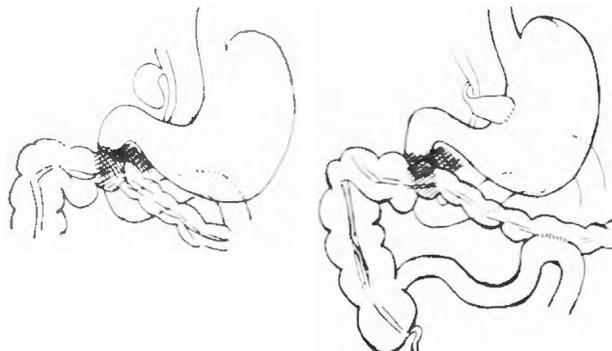


Fig. 3.—Corresponde al caso 7.
Colecistogastrostomía, gastroenterostomía e ileotransversostomía.

BIBLIOGRAFIA

1. ARDAO, H.—La vía transduodenal en el diagnóstico de las obstrucciones del colédoco. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 32: 6; 1961.
2. ARMAND UGON, V.; PRADERI, L.; ZUBIAURRE, L. y CASTRO, E.—Carcinoma sólido de duodeno, duodenopancreatectomía cefálica. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 24: 390; 1953.
3. BRENNER, R. and BROWN, C.—Primary carcinoma of the duodenum. "Gastroenterology", 29: 189; 1955.
4. DIFFENBAUGH, W. and ANDERSON, R.—Carcinoid tumors of the gastrointestinal tract. "Arch. Surg.", 73: 21; 1956.
5. HIGGINS, D.; JUDD, E. and DOCKERTY, M.—Surgical aspects of infrapillary duodenal tumors. "Surgery", 49: 149; 1961.
6. JORDAN, L. and DE BAKKEY, M.—Malignant neoplasms of the duodenum. "Surgery", 43: 829; 1957.

7. PRADERI, R.—Vólvulos sucesivos de ciego y sigmoides. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 32: 285; 1961.
8. SENEQUE, J. et CHATELIN, J.—Le cancer du duodenum. "Jour. Chir.", 77: 20; 1959.
9. SILVIS, R.—Primary carcinoma of the duodenum. "Am. J. Surg.", 88: 633; 1954.
10. SKALLEBERG, L.—Primary carcinoma of the duodenum. "Acta Chir. Scand.", 114: 18; 1957.
11. WEINSTEIN, M. and ROBERTS, M.—Leiomyosarcoma of the duodenum. "Arch. Surg.", 66: 318; 1953.