

POLIPOS Y SEUDOPOLIPOS DEL DUODENO

Dres. JORGE ALBERTO FERREIR.A. LAZARO POLACK.
JUAN E. VADRA. CAMILO GIANI
y GUILLERMO GALVAGNO PEREYRA

Decididos a contribuir al tema oficial de este importante Congreso, nos abocamos con nuestros colaboradores a recorrer historias clínicas y exámenes radiológicos con el propósito de reunir los casos de pólipos duodenales que contáramos en nuestros archivos y sobre los cuales hubiéramos tenido actuación directa. Nuestra idea inicial, optimista, debió ceder luego ante la realidad de una casuística sumamente escasa, ya que sólo habíamos podido reunir dos observaciones personales de pólipos duodenales y algunos casos de imágenes pseudopoliposas.

Tras la indagación en los archivos sobrevino la búsqueda bibliográfica y ella sólo hizo ratificar la impresión que habíamos recogido. Pareciera que Cruveilhier fue presuntamente el primero que inició el estudio de los pólipos duodenales en el año 1805. Luego le seguirían Rockintansky, en 1861, con un estudio clínico de los tumores primitivos del duodeno, así como King, en 1917, revista igualmente el tema. Pero, por supuesto que estos autores, conjuntamente con Golden en 1928 y Balfour y Henderson, de la Clínica Mayo, se ocupan de la rareza de los tumores primitivos del duodeno (13 casos, por ejemplo, sobre 45.000 autopsias), pero aún dentro de esas magras cifras hay que discriminar cuantas corresponden al tema que nos ocupa, y es así cómo la cantidad se reduce aún más. Todo lo cual abona en el hecho de que el pólipo duodenal es una enfermedad rara y, adelantamos, cabe la posibilidad de ser confundida con otros procesos.

En nuestro medio, Iturrioz, en 1947, presenta tres casos, entre los que incluye una observación de Jorge, Rivas Diez y Russo. Uno de nosotros, en 1948, presentó a la Sociedad Argentina de Cirujanos, un caso de pólipo adenomatoso del duodeno que fue tratado por gastrectomía (Ferreira).

Las estadísticas consultadas no logran señalar diferencias o predominios para determinada edad o para el sexo, ya que las cifras son más o menos iguales en las edades extremas o para el hombre o la mujer.

Desde el punto de vista clínico podemos decir, de acuerdo a la experiencia demasiado pequeña de sólo dos casos, pero que coincide con los otros autores, que la expresión sintomática de los pólipos duodenales está dada por la ubicación de los mismos. El caso nuestro, ubicado en la primera porción del duodeno, yuxtapilórico, originó un síndrome orificial que siendo intermitente durante un cierto tiempo se hizo luego absoluto haciendo poner en juego la posibilidad de una neoplasia maligna. Se trataba de un pólipo adenomatoso. La otra observación más alejada del orificio pilórico, como se aprecia en el diapositivo que proyectamos, originó un cuadro dispéptico irregular, con hiperacidez y en alguna ocasión la presencia de sangre oculta en materias fecales.

En lo que respecta al diagnóstico, cabe afirmar que este es casi exclusivamente radiológico, como se aprecia en nuestras observaciones, pero existe la posibilidad de errores de interpretación, juzgándose como pólipos a imágenesseudopoliposas dadas por: invaginaciones de divertículos duodenales, episódicas o permanentes (caso personal), por prolapso de mucosa gástrica en duodeno, tal como lo mostramos en las diapositivas, o por hiperplasias localizadas de la mucosa gástrica no poliposas.

En lo que refiere al tratamiento hemos de decir que en nuestros dos casos hemos procedido en cada uno de ellos de acuerdo a los distintos criterios que se formulan según el caso. En el primero, que originaba un síndrome pilórico, le practicamos una piloroantrectomía y, en el segundo, más alejado del orificio, y con un pedículo delgado, fue posible hacer una duodenotomía y extirpación del pólipo con reconstrucción de la integridad de la pared duodenal por sutura transversal en dos planos.

TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS
DUODENALES LATERALES
CON LA GASTRECTOMIA SUBTOTAL
(BILLROTH II)

Fundamentos. Resultados

Dr. SAUL E. TRINCA

La fístula duodenal lateral que complica el postoperatorio inmediato en la cirugía biliar, gástrica y del riñón derecho le presenta al cirujano una serie de problemas que, de no ser resueltos rápidamente, han de terminar con la vida del enfermo.

El primer problema es el de mantener el equilibrio hidrosalinoproteico alterado por la enorme pérdida de las secreciones gastroduodenales biliopancreáticas a través de la brecha duodenal y que, en ocasiones, suman varios litros diarios (5 a 6 litros o más).

El segundo problema es la tendencia de estas fístulas a persistir e, incluso, agrandarse, siendo esta evolución favorecida por la actividad de los jugos digestivos: el HCl al seguir actuando sobre la mucosa duodenal provoca la formación de secretina que activa la secreción pancreática, factor importante en la digestión de los tejidos que rodean la fístula.

El primer problema puede ser resuelto parcialmente si se consigue hacer avanzar la sonda de intubación hasta el yeyuno, franqueando la brecha duodenal, ubicada la mayoría de las veces en la segunda porción. Esto no siempre se obtiene, y de no poder hacerlo creemos que se debe adoptar decididamente por la cirugía, sin pérdida de tiempo, adelantándonos a los desequilibrios humorales (uremia, hiperglicemia, etc.). Nos inclinamos por la

indicación de la gastrectomía subtotal (Billroth II) con las variantes de técnicas Reichel-Polya-Hoffmeister-Finsterer, que nos da la solución a los dos problemas; compensamos rápidamente la enorme pérdida hidrosalinoproteica por la vía oral, tolerando el enfermo a las pocas horas de ser ejecutada la ingestión de alimentos que han de mantener el equilibrio, que es el problema más importante de ser solucionado. Actuamos de una forma positiva disminuyendo la secreción pancreática por un mecanismo fisiológico: la desaparición del HCl conseguida a expensas de la resección piloroantral y la derivación de los alimentos y restantes secreciones gástricas al yeyuno a varios centímetros del ángulo duodenoeyunal hace que la formación de secretina disminuya al mínimo, factor que tiene a su cargo la secreción pancreática. Al disminuir el poder tríplico de la secreción pancreática no se produce la digestión de los tejidos parietales y del tejido de granulación destinado a cerrar la brecha.

Con los anticolinérgicos podemos reducir el volumen y la actividad tríplica del jugo pancreático, pero no se puede anular la formación de secretina que se origina en el duodeno al producirse el contacto del quimoácido con la mucosa duodenal. Estas razones son las que nos explican el porqué de la distinta gravedad y evolución de las fístulas duodenales laterales y terminales; estas últimas, observadas habitualmente como complicación en las resecciones gástricas tipo Billroth II, no presentan ningún problema importante curando en pocos días, salvo en los enfermos con problemas mecánicos obstructivos de la boca anastomótica.

FUNDAMENTOS

- 1º) *Experiencias fisiológicas* de Baylin y Starling que demuestran el mecanismo humoral de la secreción pancreática.
- 2º) *Experiencia clínica*: distinta evolución de las fístulas terminales de las laterales.
- 3º) *E. experiencia quirúrgica*: el buen resultado obtenido.

Presento una casuística de cuatro casos de fístula duodenal lateral en los que se ha efectuado la gastrectomía subtotal (R. P./B. H. F.), en tres de ellos la fístula duodenal lateral apareció

después de una intervención sobre las vías biliares y el otro caso fue provocado por la dehiscencia de la sutura gastroduodenal en un Pean Billroth I.

Se consiguieron tres curaciones; el caso fallecido se le imputa a la tardanza en que se decidió la intervención (paciente en uremia, a pesar de lo cual toleró la intervención quirúrgica, falleciendo cuatro días más tarde al no poder controlar la intervención renal).