

ADENOCARCINOMA DE LA TERCERA PORCION DEL DUODENO

Dr. René Hernández Benedicto; Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rafael Pila Peláez; Dra. Yaquelín Álvarez Rodríguez; Dra. Carmen Guerra Rodríguez

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presenta un paciente de 79 años con Adenocarcinoma de la tercera porción del duodeno, entidad infrecuente en la literatura médica. Se realizaron algunas consideraciones acerca de esta enfermedad que puede afectar varias especialidades médicas y se expresan las características de nuestro enfermo.

DeCS: ADENOCARCINOMA; NEOPLASMAS DUODENALES.

ABSTRACT

A 79 years-old patient is studied with adenocarcinoma of the third portion of duodenum, unfrequent entity in the medical literature. Some considerations were made about this disease which may affect many medical specialities; and patient's characteristics are expressed.

DeCS: ADENOCARCINOMA; DUODENAL NEOPLASMS.

INTRODUCCIÓN

Los adenocarcinomas primitivos del intestino delgado son neoplasias raras, ya que no alcanzan el 0,50% de todas las tumoraciones malignas del tubo digestivo (1),

afectan sobre todo a los varones entre 60 y 70 años, se localizan fundamentalmente en el duodeno y disminuyen su incidencia en el yeyuno íleon.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 75 años operado hace un año de hernia inguinal derecha. Acude en esta ocasión a su médico porque hace seis meses viene presentando dolor abdominal difuso que se localiza con mayor intensidad en epigastrio: se realiza endoscopia, donde se observó una gastritis eritematosa crónica, se le impone tratamiento con cimetidina, antiácidos, etc, pero mejora poco; hace tres meses que comienza con vómitos postprandiales tardíos, se ingresa como un posible síndrome pilórico para estudio. Se realiza RX de EED el cual presenta retardo de la evacuación a partir de la segunda porción del duodeno, se repite la endoscopia, ofreciendo el mismo cuadro de gastritis eritematosa crónica.

El paciente continúa con vómitos y no mejora con el tratamiento impuesto. Presenta una gran pérdida de peso, 40 libras en tres meses, astenia y anorexia por lo que se ingresa para estudio.

Examen físico

Paciente con gran toma del estado general, palidez cutánea mucosa. Deshidratado. A.R. y ACV, no presenta alteraciones.

Abdomen: Distendido, doloroso difusamente más marcado en epigastrio no se palpa vísceromegalias- no ascitis ni circulación colateral. Resto del examen negativo.

Exámenes de Laboratorio:

Hematías 3,115,000 x mm³, hematocrito 0,30; Hb 7 g/l, leucocitos 9100 x 10⁻³ con diferencial normal; VSG 131 mm/hora; función hepática y renal: normales. Sangre oculta en heces fecales: positiva. Radiología simple de abdomen: distribución anormal de gas intraabdominal. Dilatación gástrica. Radiología de EE y D con tránsito intestinal, proceso tumoral estenosante de la unión de 2da y 3ra porción del duodeno, de aspecto tumoral intraluminal.

Contenido líquido de asas intestinales. Por endoscopia: imagen de aspecto neoplásico de segunda porción del duodeno; resto de exámenes de laboratorio, y radiográfico negativos.

Se llevó a cabo la operación de Whipple, donde se puso de manifiesto una tumoración de 6 a 7 cm de longitud. El resultado del estudio histológico de la pieza operatoria fue el de un carcinoma bien diferenciado de la 3ra porción del duodeno de tipo polipode

DISCUSIÓN

Esta entidad que presentamos es una lesión muy rara. Kleinedman (2), la encuentra sólo en 167 casos de un estudio sobre 483 695 autopsias, lo que supone el 0,035% y Rudan (3) en un análisis sobre 1 750 necropsias sólo aparece en dos casos, se estima que la incidencia media de esta neoplasia es entre 0,030 y el 0,050% de todas las neoplasias malignas (4).

Los datos clínicos más frecuentes son el dolor abdominal, la obstrucción intestinal, el síndrome general y la hemorragia digestiva (3,4). El dolor aparece entre el 70% y el 90% de los casos; en ocasiones asociado a náuseas y vómitos como se presentó en nuestro enfermo. El síndrome general aparece del 35 al 77% y esto llevó a nuestro paciente a pensar en enfermedad maligna, la hemorragia digestiva aparece en el 10 al 85% de los casos y que se debe a la erosión de la mucosa intestinal por el crecimiento del tumor, normalmente es crónica en forma de melena o de sangre oculta en las heces como se constató en nuestro paciente. La obstrucción intestinal se observa en el 30 al 75% de los casos asintomáticos y se comporta como en las neoplasias benignas.

La presencia de una masa abdominal es signo de malignidad y no guarda relación con su pronóstico y su incidencia oscila entre el 7 y el 63% de los enfermos (5). Este signo no fue observado en nuestro enfermo.

Un signo característico de adenocarcinomas localizados en la segunda porción del duodeno es la ictericia (5), debido a una obstrucción de la papila por la neoplasia. Esos tumores se distribuyen en el 35% en la 1ra porción, el 45 en la 2da y el 10% en la 3ra y 4ta porciones respectivamente (6).

Este tumor puede presentarse en una de estas tres formas macroscópicas: polipoidea, escirro y coloide; el caso que nos ocupa fue la polipoidea y tiene como características su fácil sangramiento, lo cual explica la anemia severa de este caso. Los tumores de menos de 5 cm tienen una mayor supervivencia que los de mayor tamaño; nuestro paciente presentaba un tumor que oscilaba entre 6 y 7 cm. Después de operado el paciente es atendido por consulta de cirugía y no presenta alteraciones clínicas de estudio por laboratorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

González Cagigal B. Medina Banon R; Tumores del Duodeno. Rev Esp. Enf. Ap Digest, 1990;58: 105-10.

Kleinerman J. Primary Carcinoma of the duodenum Ann Intern Med, 1991; 62: 1451-65.

Rudan N, Nola P, Popovic J. Primary adenocarcinoma of the duodenum Cancer 1994; 54(1): 1105-19.

Ouriel K, Adams J. Adenocarcinoma of the duodenum. Am J. Surg, 1994; 247: 1166-1171.

Vouri J. Primary malignant Tumors of the small intestine. Analysis of Cases diagnosed in Finland. Acta Chir Scand 1992; 147:1575-81.

Zollinger R, Stermfeld N, Schiber H. Primary neoplasm of the small intestine. Am J Surg; 1991; 171: 694-98.

Recibido: 2 de julio de 1997

Aprobado: 13 de enero de 1997