

CANCER PRIMITIVO DEL DUODENO

Por los Dres.

RODOLFO ROSSI (Profesor titular)

y

LUCIANO M. ANDRIEU (Profesor libre)

Trabajo de la Cátedra de Clínica Médica

CASO CLINICO

C. P. de B., argentina, de 38 años, casada, dedicada a los quehaceres de su hogar. Ingresó a la sala I del Hospital Policlínico (cátedra del Profesor doctor Rodolfo Rossi) el 29 de marzo de 1945.

Antecedentes hereditarios y familiares. — Padre fallecido a raíz de una tifoidea. Madre por neoplasia de la laringe. Tiene 7 hermanos que viven y son sanos.

Antecedentes personales. — Nacida a término, lactancia materna, habló y caminó precozmente a los 9 meses. En la infancia tuvo siempre estatura y peso inferior a lo normal, hasta que hacia los 15 años crece rápidamente. A los 8 años tuvo sarampión sin complicaciones. Menarquia a los 15 años, reglas regulares indoloras, ciclo 3/28. Casó a los 17 años con esposo que vive y es sano. Ha tenido dos hijos que viven y son sanos. A los 31 años embarazo tubario del lado izquierdo, que es operado. A los 35 años reoperada por una eventración de la anterior cicatriz mediana infraumbilical.

Enfermedad actual. — Comienza clínicamente unos diez meses antes del ingreso, por una molestia dolorosa a nivel del hipogastrio y zona de las articulaciones sacro-ilíacas, sensación

frecuente de náuseas, que pocas veces se siguen de vómitos alimenticios. Consulta médico, y en razón de existir además una amenorrea desde dos meses piensan estar en presencia de un embarazo. El tratamiento instituido, a base de reposo, dietética adecuada, etc., no mejora el estado ni impide un rápido adelgazamiento hasta los 50 kilos. Desde aquel entonces tiene una anorexia intensa, que sólo cede en los períodos en que los dolores disminuyen. Dichos dolores, localizados en hipogastrio y zona umbilical, han llegado a ser de gran intensidad, exagerándose después de la ingestión alimenticia. En los últimos tiempos casi constantemente alrededor de una hora después de tomar los alimentos se producen vómitos, en que dichos alimentos son devueltos. Es con estos síntomas que ingresa al servicio.

Estado actual. — Enferma en decúbito indiferente. Aspecto caquéctico (36 kilos de peso). Piel morena intensa, desarrollo esquelético normal, atrofia profunda de masas musculares, no se palpan ganglios hipertrofiados.

Cabeza normocefálica. Cara simétrica. Motilidad ocular extrínseca e intrínseca normal; pupilas iguales regulares y céntricas. Boca: lengua saburral, dientes en mal estado de conservación faltando varias piezas; amígdalas pequeñas.

Cuello: no se palpa estruma tiroideo; discretos latidos carotídeos.

Torax simétrico; tipo respiratorio costal superior.

Aparato respiratorio: sin particularidad al examen físico.

Aparato circulatorio: pulso 80 por minuto, tensión arterial mx. 120 mm., 70. Corazón: choque de la punta, percusión y auscultación normales.

Abdomen aplanado, pared anterior hipotrófica; cicatriz mediana infraumbilical, correspondiente a las laparatomías mencionadas en los antecedentes. La palpación superficial es indolora. Por la palpación profunda en zona supraumbilical y epigastrio se percibe una tumoración prevertebral, de límites imprecisos, discretamente dolorosa y que trasmite los latidos aórticos.

Hígado: borde superior se percute en 5º espacio intercostal; el borde inferior se palpa a nivel del reborde costal, regular e indoloro.

Bazo no se palpa, se percute en límites normales.

Riñones: no se palpan.

Aparato genital: útero en retroversoflexión y lateroflexión izquierda, de consistencia fibrosa. Fondo de saco izquierdo poco extensible y doloroso.

Sistema nervioso: sensibilidad, reflejos, motilidad, etc., conservados.

Exámenes de laboratorio.

Análisis de orina: densidad 1.016, amarilla ámbar, turbia, reacción ligeramente ácida; cloruros 7 gr. por mil, ligeros vestigios de albúmina, no contiene cuerpos anormales. En sedimento: células epiteliales, numerosos leucocitos, algunos en forma de glóbulos de pus, abundantes bacterias, poco mucus.

Glucemia: 0.98 gr. por mil. Urea en suero 0.22 gr. por mil.

Hemograma: hematíes 2.810.000 hemoglobina 34 % V. G. 0.90, leucocitos 7.600; fórmula leucocitaria: neutrófilos 80 %, eosinófilos 5 %, basófilos 0 %, linfocitos 11 %, monocitos 4 %.

Reacción de Wassermann negativa; de Kahn dudosa; de Kahn presuntiva positiva (cuatro cruces).

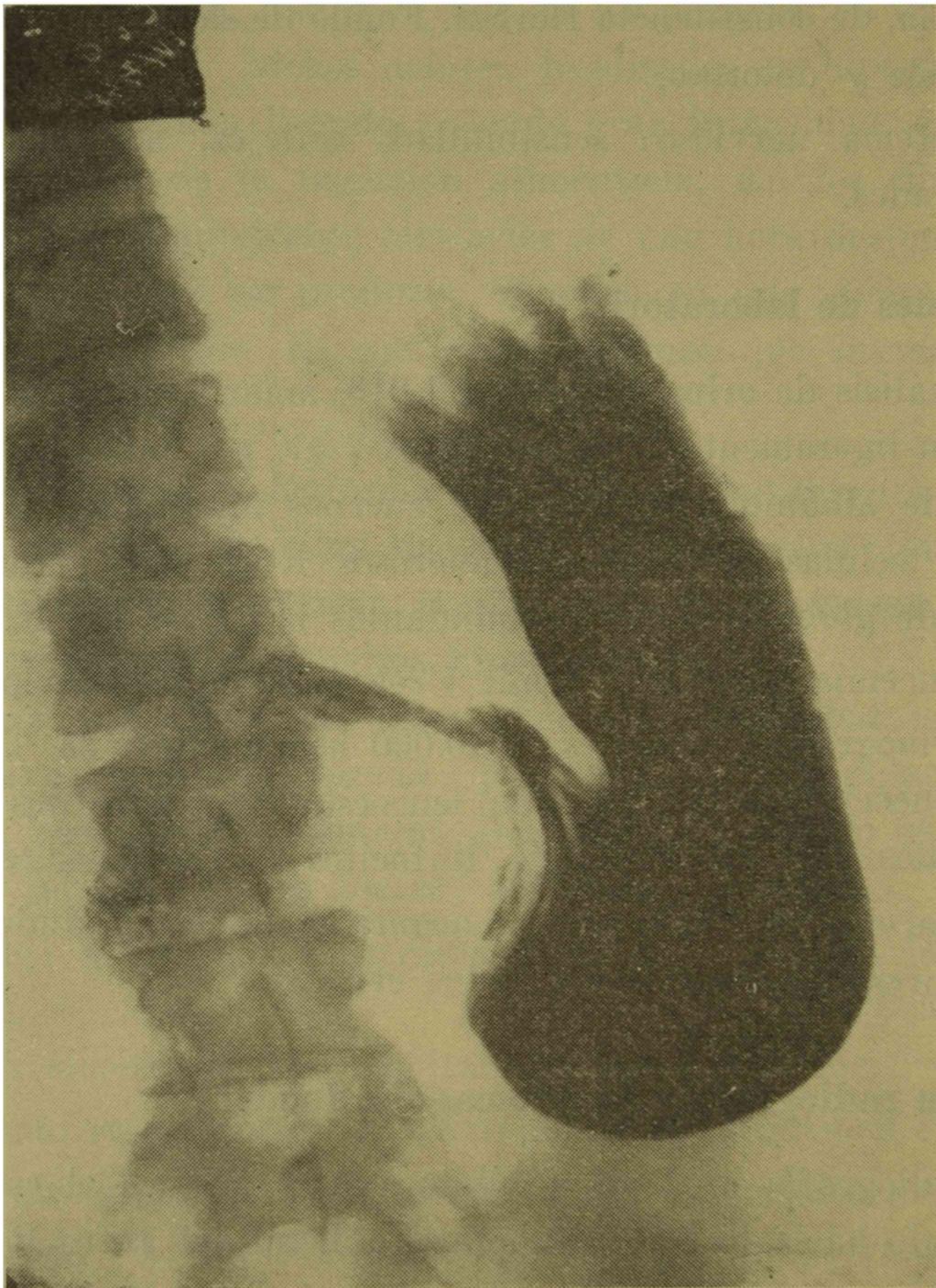
Examen radiográfico de estómago y duodeno.

Radiografía nº 1 en decúbito ventral: se ve el estómago rechazado hacia la izquierda; falta relleno del antro y píloro, sustituidos por un delgado trayecto que se continúa sin solución de continuidad con el duodeno, que presenta igual aspecto en su primera y segunda porción. La imagen duodenal se detiene hacia el final de la segunda porción.

Radiografía nº 2 en decúbito lateral: se ha llenado el antro y píloro, pero la imagen duodenal persiste igual a la anterior.

Radiografía nº 3 de pie: el estómago se ha desplazado hacia abajo, fondo por debajo de las crestas ilíacas. La defor-

mación del antro y píloro es ahora por el lado de la pequeña curva, en forma de compresión por una masa de contornos circulares. La imagen duodenal, igual a las anteriores, filiforme en todo el trayecto visible, hasta su terminación hacia el final de la segunda porción. No ha pasado mezcla opaca al yeyuno.



Radiografía N° 1

Del examen clínico y radiológico se deduce la existencia de un proceso tumoral, que desplaza y deforma al estómago sin invadirlo, y estenosa al duodeno, parcialmente en primera y parte superior de segunda porción, para hacerlo totalmente al final de dicha segunda porción.

Evolución. — La enferma que como ya hemos consignado ingresó en estado caquéctico, presentó un estado febril irregular aunque constante. No obstante la medicación instituída,

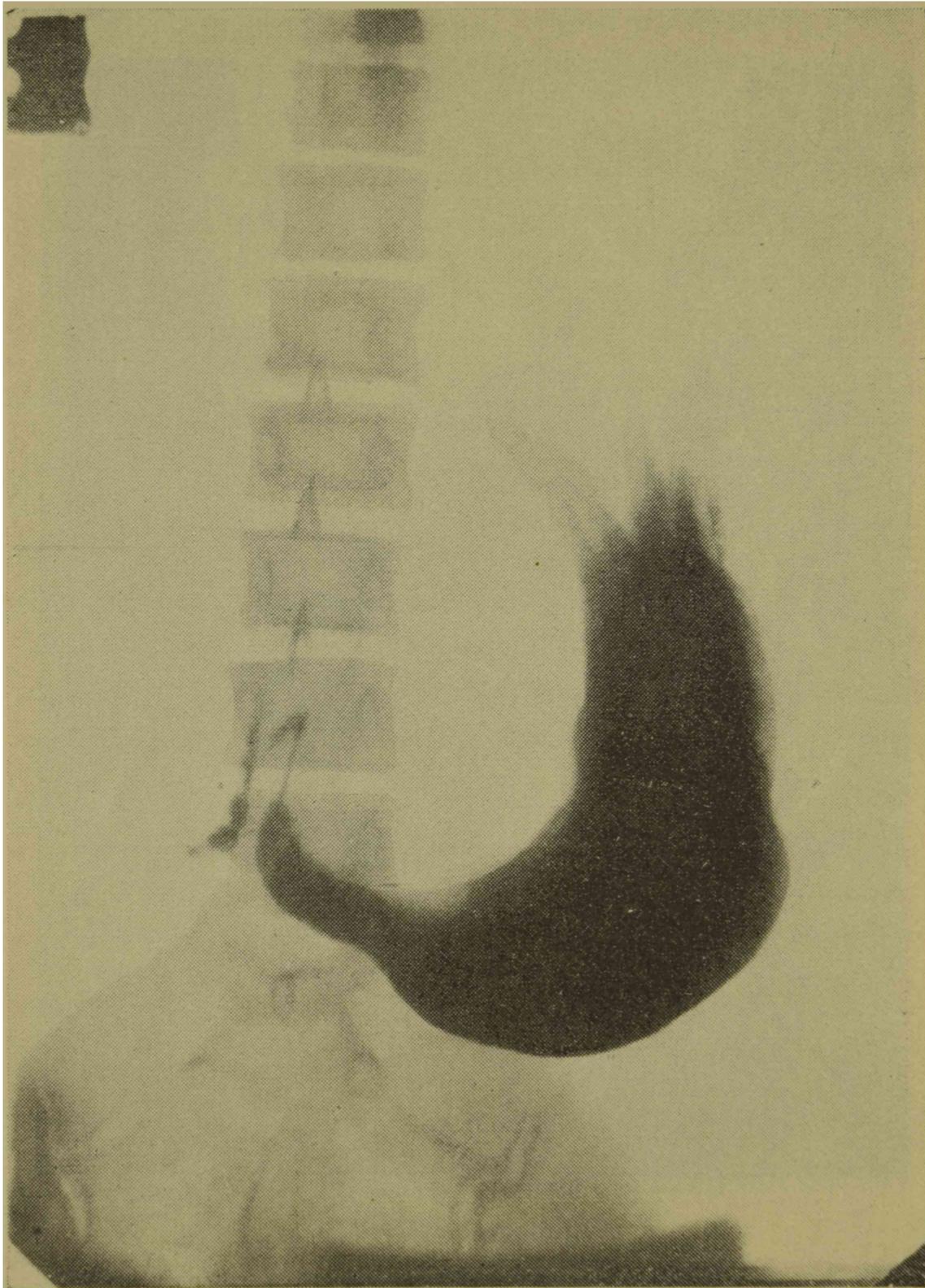


Radiografía N° 2

persistieron los vómitos alimenticios y alguna vez biliosos, acentuándose el empeoramiento general. Del lado del abdomen se instaló un meteorismo progresivo, falleciendo la enferma el 15 de abril, a los 17 días de su ingreso, en colapso cardiovascular.

Protocolo de autopsia.

Cátedra del Profesor doctor Andrés E. Bianchi. Autopsia nº 850 practicada por el doctor Pianzola.



Radiografía N° 3

Diagnóstico anátomo-patológico: Causa de la muerte: íleo-peritonitis. Enfermedad: cáncer del duodeno.

Resumen: Atrofia miocárdica, ligera esclerosis mitral, in-

ciente neumonía focal hemotógena, congestión centrolobulillar hepática y hepatitis turbio-grasa, congestión esplénica, congestión y nefrosis bilaterales, metástasis neoplásica ganglionares y hepáticas, páncreas con incipiente invasión neoplásica.

Descripción.

Cadáver de mujer en muy mal estado de nutrición, en la que el panículo adiposo se halla extraordinariamente disminuído, tanto que en el torax ha desaparecido y las glándulas mamarias se hallan muy atrofiadas. Las tibias son lisas y regulares.

Torax: las pleuras, tanto en lo que corresponde a las serosas viscerales como parietales y a la cavidad son normales; el pericardio es normal.

Corazón: tamaño 9 x 9 cms; forma conservada, cavidades derechas espontáneamente depresibles, pericardio normal, coronarias flexuosas de color y consistencia uniforme. Al corte se observa en el lado derecho: cavidades de capacidad normal, tricúspide suficiente de caracteres anatómicos normales, sigmoideas pulmonares normales funcional y anatómicamente, endocardio normal, espesor del ventrículo derecho 3 mm; en el lado izquierdo: capacidad auricular y ventricular ligeramente disminuída, mitral de color blanco espesada en el borde libre, endocardio auricular y ventricular normal, suficiencia de la mitral, sigmoidea aórtica suficiente y de aspecto normal, miocardio de 15 mm de espesor a nivel del ventrículo izquierdo, de color opaco pardo claro y surcado por algunas finas bandas. La embocadura de las arterias coronarias es normal, y al corte en todo su trayecto su pared tiene caracteres normales.

Pulmón derecho: tamaño 18 x 10 x 8 cms; se retrae bien después de abierto el tórax, la pleura es normal, sus tres lóbulos son de forma normal, color rosado con un fino retículo de amplias mallas negro. Crepitación conservada, conservándose las impresiones digitales en el borde anterior. El corte confirma los caracteres expuestos y muestra los bronquios normales, la arteria pulmonar normal, y el parénquima salpicado por

numerosos focos de color rojo vivo, redondos y que no guardan relación con los bronquios.

Pulmón izquierdo: normal.

Mediastino: ganglios linfáticos de tamaño, forma y color normal; tejido celular normal.

Aorta: forma, tamaño y color normal; al corte se observan algunas pequeñas placas de color amarillento en la aorta abdominal, en el sitio de nacimiento de las colaterales.

Diafragma: normal.

Abdomen: distendido y a tensión, haciendo prociencia las asas intestinales al abrirlo. El peritoneo es rojo, con regular cantidad de pseudomembranas fibrinosas que tabican la cavidad, que contiene 500 cm³ de líquido turbio. El gran epiplón tiene el mismo aspecto que el resto del peritoneo y se halla tendido en posición normal.

Hígado: tamaño 26 x 15 x 8 cms, forma conservada en general, presentando en la parte media de la inserción del ligamento suspensorio un nódulo de 3 cm de diámetro, umbilicado y de color blanco; color del órgano rojo, cápsula normal. Al corte el nódulo observado desde el exterior corresponde a uno interno, el parénquima es de color rojo claro, ligeramente amarillento, en general opaco pero con algunas zonas untuosas y brillantes; las venas controlobulillares están inyectadas de sangre roja oscura.

Vesícula biliar: normal, contiene bilis flúida y clara.

Vías biliares: la compresión de la vesícula determina la salida fácil y en abundancia de bilis por la ampolla de Vater.

Bazo: tamaño 12 x 7 x 4 cms; forma normal, color rojo oscuro, cápsula normal, permanece erguido sobre la mesa. Al corte se observa abundante cantidad de sangre roja oscura que se aclara al contacto con el aire, y numerosas bandas claras; el raspado da poco barro esplénico.

Riñón derecho: tamaño 12 x 7 x 4 cms; forma normal, color rosado. Al corte la cortical tiene 8 mms y es pálida y opaca; la cápsula se desprende con facilidad, dejando una superficie lisa; los cálices y la pelvis son normales.

Riñón izquierdo: igual al derecho.

Cápsulas suprarrenales: normales.

Uréteres, vejiga y uretra: normales.

Genitales: normales.

Esófago: normal.

Estómago: dilatado por contenido fecaloideo líquido; paredes adelgazadas; mucosa con los pliegues muy disminuídos y de color rosa pálido.

Duodeno: diámetro 5 cms en la primera porción, mitad proximal de la segunda y final de la tercera, 7 cms en el resto. La pared de la parte correspondiente a la última mitad de la segunda porción y la tercera se halla infiltrada, es dura y resistente al tacto. Al corte se observa en la mitad distal de la segunda porción y en la tercera una ulceración anfractuosa con numerosos brotes en su fondo, y que agranda al diámetro de esas porciones. Las paredes a ese nivel están formadas por un tejido de color blanco rosado, de regular consistencia, que se extiende formando un solo bloque hasta englobar los ganglios linfáticos regionales y el mesenterio, e infiltrando la parte más inferior de la cabeza del páncreas. La ampolla de Vater está libre.

Yeyuno-ileon: dilatado (5 cm de diámetro), superficie exterior despulida y con seudomembranas. El mesenterio infiltrado y retraído acoda el intestino delgado a 1 m de distancia de la válvula ileo-cecal, donde el diámetro cambia, teniendo el último metro una luz virtual. Al corte en la parte dilatada hay contenido maloliente, ligeramente hemorrágico, la mucosa es edematosa y con numerosas petequias y sufusiones sanguíneas.

Intestino grueso: sólo muestra alteraciones del peritoneo, siendo los demás caracteres normales.

Páncreas: tamaño, forma y color normales. Una ínfima parte de la cabeza (parte más inferior) se halla ligeramente infiltrada por la neoplasia del duodeno.

Ganglios linfáticos abdominales: los correspondientes al mesenterio y los aórticos situados a nivel de la segunda y tercera vértebras lumbares están infiltrados por el proceso neoplásico, teniendo algunos un diámetro de hasta 4 cm, y otros

han perdido su individualidad; no se reconocen los contornos de los más próximos al duodeno. El resto de los ganglios abdominales es normal.

Protocolo histopatológico. — (Profesor Dr. Andrés E. Bianchi).

Riñón: ligera nefrosis turbia y congestión.

Hígado: congestión pasiva, hepatosis grasa multifocal; metástasis de adenocarcinoma.

Bazo: esclerosis.

Duodeno: peritonitis fibrinopurulenta, adenocarcinoma ulceroso primitivo del duodeno.

Utero: mucosa en faz de regeneración con algunos quistes secretantes.

CONSIDERACIONES CLINICAS SOBRE EL CANCER DEL DUODENO

Hemos de circunscribir las consideraciones que siguen a propósito de nuestra observación, al aspecto puramente clínico. Consideramos innecesario detenernos en la parte de la etiopatogenia y anatomía patológica, en razón de haber sido recientemente actualizada por los Dres. A. E. Bianchi, M. Rapaport y L. E. Pianzola (Rev. Asoc. Méd. Arg., 1946, p. 824) en un estudio de ese carácter que incluye nuestro caso, cedido a ese objeto, junto a otros dos.

SINTOMATOLOGIA

La sintomatología con que se exterioriza clínicamente el cáncer del duodeno, corresponde fundamentalmente a la estenosis del órgano, pero es distinta según la porción del mismo en que asienta el tumor.

Esquemáticamente pueden distinguirse tres formas clínicas, que corresponden respectivamente a una estenosis alta, a una de la zona ampular, o a una baja.

En las tres formas existen síntomas comunes pocos precisos, tales como anorexia, adelgazamiento, anemia, trastornos intestinales (constipación o diarrea), etc., pero hasta que el proceso alcanza la faz de estenosis más o menos importante, no existe indicio en favor de la localización duodenal.

En la localización alta el cuadro reproduce el que corresponde a una estenosis pilórica, con dolores de tipo tardío como en la úlcera, pero que se agravan por la ingestión alimenticia y se calman por el contrario por los vómitos. Otro síntoma que se ha señalado está dado por la existencia de náuseas repetidas, seguidas a veces de vómitos.

El cáncer de la región ampular reproduce el cuadro clínico del cáncer de la ampolla de Vater, pues el proceso invade la papila de Vater. Tendremos entonces como síntoma dominante la ictericia, del tipo obstructivo extrínseco. La obstrucción de la vía biliar suele no ser completa, por lo que el sondeo duodenal, al que siempre debemos recurrir en el estudio de toda ictericia, puede resultar positivo con intermitencias, además de proporcionar otro dato de valor cual es la presencia de sangre por la sonda. A la ictericia se agregan en esta forma los síntomas de estenosis duodenal baja.

El cáncer infraveteriano da dos grupos de síntomas: uno corresponde a la estenosis, y otro se ha dado en llamar de toxemia duodenal. Los síntomas estenósicos son el dolor, los vómitos y la diarrea. El dolor puede ser sordo continuo, y otras veces tardío, de 2 a 4 horas tras las comidas. Los vómitos unas veces se producen tras grandes dolores de prolongada duración, en un estado en que el píloro es todavía continente; otras veces el vómito es fácil, casi sin dolor, correspondiendo a un estado de incontinencia pilórica, donde duodeno dilatado y estómago forman ya una sola cavidad. La presencia de bilis en los vómitos de la forma baja es constante por no estar dificultada su eliminación. Existe también en la localización baja el mismo estado nauseoso indicado en la forma alta, y que presentó nuestra enferma. La diarrea suele ser intermitente y producirse tras un período doloroso, en forma de una debacle diarreica.

El síndrome llamado de intoxicación duodenal está relacionado con el éstasis en el órgano dilatado, con la consiguiente absorción de sustancias proteicas insuficientemente degradadas (polipéptidos, proteosas, etc.) de efectos altamente nocivos para el organismo. Los principales síntomas que se le atribuyen son el adelgazamiento intenso y rápido, la astenia física y psíquica, y las cefaleas, en forma de crisis de migraña o hemicránea, o continuas. Otros síntomas son la hipotensión arterial, fenómenos urémicos, hasta accesos tetaniformes, en relación con el desequilibrio humoral siempre presente.

ALTERACIONES SANGUINEAS Y HUMORALES

En todas sus formas el cáncer duodenal se acompaña de una anemia de tipo secundario, y con frecuencia de leucocitosis, a semejanza de lo que ocurre en otras localizaciones del cáncer.

El quimismo humoral se altera cuando se constituye el síndrome de obstrucción. Las alteraciones más características son: un aumento de la urea sanguínea, cloropenia, y aumento de la reserva alcalina. Son alteraciones de la uremia extrarrenal funcional, por deshidratación y pérdida de cloro consecutiva a los vómitos. Se ha indicado que simultáneamente las pruebas funcionales del riñón dan resultados deficientes, por ejemplo en la eliminación de la sulfofenofaleína, pero esa insuficiencia funcional es constante en todas las uremias extrarrenales, y no depende de una alteración renal sino de las condiciones humorales.

Cada vez que el tumor duodenal se complica de ictericia, el dosaje de la bilirrubinemia dará valores altos, tanto en lo que respecta a la bilirrubina indirecta como a la directa. Podría encontrarse también la bilirrubina eter-extraíble que Varela Fuentes ha señalado como exclusiva de los neoplasmas de las vías biliares.

RADIOLOGIA

El estudio radiológico debe ser realizado en sus dos modalidades, radioscopia y radiografía, valiéndose de distintas inci-

dencias para poder visualizar el trayecto duodenal en su mayor porción.

Las imágenes más típicas de los cánceres del duodeno son imágenes de estenosis, o defectos de relleno, y el retardo de la evacuación duodenal.

La imagen de estenosis incompleta es de contornos irregulares, céntrica o excéntrica, y se continúa con un trayecto de pequeño calibre, a veces filiforme. Cuando la estenosis es total la mezcla opaca se dispone en embudo de contornos irregulares. Los defectos de relleno pueden ser de variable extensión y sus bordes policíclicos.

En los casos de localización baja del tumor, a los signos anteriores se suma la dilatación del segmento duodenal supratumoral, en el cual durante un cierto tiempo pueden apreciarse movimientos antiperistálticos.

En todas las localizaciones, en un período más o menos avanzado, existe una repercusión gástrica, hiperquinesia al comienzo, atonía al final. Señalemos también según nos lo enseña nuestro caso la posible deformación de la imagen gástrica rechazada por la masa tumoral a crecimiento voluminoso.

Una técnica especial que al decir de Bonorino Udaondo presta gran servicio en el diagnóstico exacto de la afección, es la mucosografía, instilando por la senda duodenal un medio de contraste liviano. Así se obtendría el borramiento y desorden en los pliegues mucosos, en forma precoz.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico positivo del cáncer duodenal es sumamente difícil, y de hecho sólo se planteará como probable ante la comprobación de una estenosis del duodeno. Las más de las veces sólo será factible en el curso de una intervención quirúrgica.

La estenosis duodenal podrá ser sospechada clínicamente en presencia de uno de los tres síndromes con que se exterioriza el cáncer, pero para su confirmación será indispensable un detenido estudio radiológico; recordemos la opinión sustentada por Bonorino Udaondo.

Comprobada la existencia de una estenosis duodenal corresponde realizar el diagnóstico diferencial de la afección en juego, pasando en revista las causas posibles de dicha estenosis.

Gabriel Peco sintetiza en el siguiente cuadro las afecciones capaces de dar estenosis del duodeno:

Estenosis duodenal	{	A	Supramesocólica Inframesocólica
	{	B	Supravateriana Infravateriana
	{	C	Funcional Orgánica Mixta
Estenosis funcional	{		Espasmo Ptosis Vascular Vascular con ptosis
Estenosis orgánica	{	Congénita	{
			a) atresia duodenal - diafragma de Flaminio; esfínter anormal de Ochner.
			b) defectos de coalescencia del mesocolon.
			c) diversos tipos de ligamentos cortos: mesenterio corto.
			d) diversos tipos de bandas fibrosas no inflamatorias: membranas de Mayo, Taylor, Duval.
		Adquirida	{
		1) intrínsecas	{
			cuerpo extraño; cálculo enclavado en duodeno;
		2) parietales	{
			tumores malignos, cicatriz de úlcera; tumores benignos.
		3) extrínsecas	{
			inflamatorios: periduodenitis; tumores de ganglios u órganos vecinos; hernia de Treitz.
E. mixta	{		Pedículo mesentérico con periduodenitis; Úlcera retráctil con espasmo; Ptosis con retracción ligamentosa.

Las estenosis funcionales se reconocen por modificarse con el cambio de posición o la presión manual, siendo en cambio

fijas las estenosis orgánicas. De estas últimas las congénitas se exteriorizan muy tempranamente.

En cuanto a las estenosis orgánicas adquiridas la mayor frecuencia corresponde a las periduodenitis, procesos infecciosos secundarios a una úlcera del bulbo duodenal, o a una colecistitis, apendicitis, etc. La periduodenitis puede también deberse a una peritonitis plástica tuberculosa, proceso frente al cual se creyó estar en el caso en estudio.

De los tumores de órganos vecinos, tendremos especialmente en cuenta el cáncer de la cabeza del páncreas, que generalmente da una imagen de rechazo del duodeno (agrandamiento del compás duodenal), pero de contornos nítidos.

EVOLUCION Y COMPLICACIONES

Proceso de evolución fatal como todos los cánceres cuando no es posible intervenir precozmente, el cáncer del duodeno suele tener una evolución aún más rápida en razón de la frecuente tendencia a una temprana estenosis.

Asimismo algunas complicaciones pueden también abreviar la evolución. Ellas son :

1º Las hemorragias, casi siempre ocultas, a veces pueden tomar forma de una hematemesis o melena ;

2º Las ulceraciones del tumor y su perforación en peritoneo (como en nuestro caso) o algún órgano vecino (vesícula biliar, colon, etc.) ;

3º La ictericia por compresión del colédoco ;

4º Las metástasis a los ganglios, hígado, etc., poco frecuentes.

TRATAMIENTO

Sólo cabe un tratamiento, el quirúrgico, fundado en un exacto diagnóstico precoz, y su finalidad es suprimir la porción del órgano enfermo. Cuando la extirpación no es posible la cirugía tendrá efectos paliativos suprimiendo la discontinuidad

del trayecto digestivo, mediante derivaciones gastro-yeyunales, o desobstruyendo la vía biliar con una colecisto-yeyunostomía.

R E S U M E

Cancer primitif du duodénum. — R. Rossi et L. M. Andrieu

Les auteurs présentent le cas d'un cancer primitif du duodénum. C'était un cancer ulcéré au bout de la deuxième et troisième portion, percé dans le péritoine et en provoquant la péritonite consécutive. On percevait, cliniquement dans une malade cachectique, une tumoration profonde dans l'épigastre. L'image radiologique était celle d'une sténose filiforme de la deuxième portion duodénale et d'une compression de l'antre gastrique et du pylore. Ils revoient la symptomatologie clinique des cas connus et la forme d'arriver au diagnostic différentiel avec les autres retrécissements du duodénum.

A B S T R A C T

Primary cancer of the duodenum. — R. Rossi and L. M. Andrieu.

The authors present a case of primary duodenum cancer. It was a cancer in its ulcerous form at the end of the second and third portion, it was perforated in the peritoneum and gave consecutive peritonitis. The patient was cachectical and we could feel, clinically, a profound tumor in the epigastrium. The radiology showed a filiform stenosis at the second duodenal portions and an antro gastric and pyloric compression. The authors reviewed clinical symptomatology of the known cases and the means to do differential diagnosis with the other duodenum straitness.