

22094



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO "LA RAZA"
Instituto Mexicano del Seguro Social

TUMORES DUODENALES

EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO
"LA RAZA"



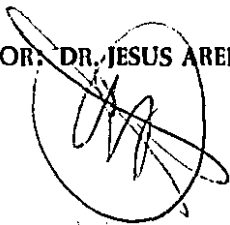
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A ;

DR. PORFIRIO ORLANDO OLMEDO AGUILERA

ASESOR: DR. JESUS ARENAS OSUNA



SECRETARIA DE SALUD



MEXICO, D. F.

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION.....	1
OBJETIVOS.....	3
MATERIAL Y METODOS.....	4
RESULTADOS.....	5
DISCUSION.....	14
CONCLUSIONES.....	18
REFERENCIAS.....	20

I N T R O D U C C I O N

Los tumores duodenales es una patología poco frecuente del tracto gastrointestinal.

No es frecuente encontrar bibliografía sobre este tema, ya que la mayoría de los autores la incluyen dentro de los tumores de intestino delgado y también en el grupo de las neoplasias de la región periampular.

Se ha informado sobre la baja frecuencia de estos tumores, Kleinerman y cols. en 500,000 autopsias revisadas, reporta una frecuencia de tumores malignos primarios de duodeno de 0.003%. Iovine y Tsangaris han demostrado que los carcinomas duodenales representan el 0.35% de todos los carcinomas del tracto gastrointestinal. Sin embargo el 33 al 45% corresponden al duodeno según Rochlin(1,2).

La frecuencia en lo que respecta a los tumores benignos se invierte; así River y colaboradores comprobaron que en su extensa revisión de 1,399 tumores benignos de intestino delgado, recopilados de toda la literatura mundial hasta 1956, sólo 198 asentaban en duodeno; según dichos autores por cada dos tumores benignos duodenales existirían tres en yeyuno y seis en íleon (3,4).

Hay reportes en la literatura que informan, que los tumores benignos epiteliales son los más frecuentes dentro de la localización duodenal y de ellos se reconocen tres tipos: Los

pólipos adenomatosos, que es el tipo de tumor benigno más _ frecuentemente encontrado en el duodeno y en revisiones he chas por Sarre y cols. han demostrado que se puede encon- trar asociado con la poliposis adenomatosa familiar (5,6); Los otros dos tipos de tumores son los pólipos mixtos y _ los adenomas vellosos; siendo estos últimos poco comunes, 90 casos han sido reportados en la literatura antes de 1986(7, 8,9).

Hamburger fue el primero en describir un adenocarcinoma _ duodenal en 1746 y desde entonces 800 casos han sido repor tados. Although Alwarkś en una revisión que realizó, identi- ficó 66 pacientes con adenocarcinoma duodenal en tan solo _ un período de 15 años (10). En lo que respecta a los adeno- mas vellosos de duodeno fueron descritos por primera vez _ por Perry en 1893 (11).

La rareza de estas neoplasias y la complejidad de los sínto mas contribuyen a un diagnóstico tardío y contribuyen a un _ pronóstico pobre.

O B J E T I V O S

- a.- Comparar la frecuencia con que se presentan los tumores de duodeno, con los reportes publicados en la literatura.
- b.- Saber cuales son los signos y síntomas que con más frecuencia se presentan en esta patología y compararlos con otros estudios reportados.
- c.- Comprobar cuales son los estudios de laboratorio y gabinete más sensibles para ayudarnos a realizar un diagnóstico adecuado de esta patología.
- d.- Dar un manejo quirúrgico adecuado ya sea paliativo o curativo de acuerdo a las características del tumor y así brindarle una mejor calidad de vida a nuestros pacientes, comparando el manejo de esta patología en las diferentes publicaciones.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Con el objeto de conocer la experiencia sobre el manejo en este tipo de patología, se efectuó un estudio retrospectivo en el servicio de Cirugía General del HECM "La Raza" del 1º de febrero de 1984 al 28 de febrero de 1989; se estudiaron 11 pacientes con diagnóstico de tumores primarios de duodeno. No se incluyeron neoplasias de la región ampular, páncreas, estómago, vesícula, etc.

De los expedientes clínicos se analizaron la edad, sexo, cuadro clínico, metodología de estudio, diagnóstico preoperatorio, manejo médico y quirúrgico y evolución .

R E S U L T A D O S

Se estudiaron 11 pacientes, 6 (54%) correspondieron al sexo femenino y 5 (45%) al sexo masculino, con respecto al promedio de edad, la media fue de 50 años, con mínimo de 35 y máximo de 64 años, en la tabla N° 1 se muestran estos datos.

El cuadro clínico se caracterizó por dolor abdominal en 8 pacientes (73%), sangrado de tubo digestivo alto y bajo en 6 (54%), masa abdominal palpable en 5 (45%), fatiga e hiporexia en 5 (45%), ictericia de conjuntivas y tegumentos en 2 (18%), estos datos se detallan en la tabla N° 2.

Por lo que respecta a los exámenes de laboratorio-BH; QS; EGO; PFH; ES- No hubo diferencia significativa en cuanto a su alteración, solamente cuando existió obstrucción de la vía biliar, ésta se reflejó en el aumento de las cifras de bilirrubina directa e indirecta en los parámetros de las PFH, el síndrome anémico se documentó en 6 pacientes (54%) y fue secundario al sangrado de tubo digestivo.

El diagnóstico se documentó mediante la S.E.G.D. y endoscopía en el 100% de los casos, gamagrama hepático en 6 (54%) el cual fue útil solamente en dos casos con el fin de delimitar la extensión del tumor, en la tabla N° 3 se describen otros estudios de gabinete.

TUMORES DE DUODENO

TABLA N° 1 FRECUENCIA Y DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
- 30	0	0	0
30 - 39	2	1	3 (27%)
40 - 49	0	1	1 (9%)
50 - 59	2	3	5 (45%)
60 - 69	1	1	2 (18%)
TOTAL	5 (45%)	6 (54%)	11 (100%)

TUMORES DE DUODENO

TABLA N° 2 : SIGNOS Y SINTOMAS

Hallazgos	Adenocarcinoma	Sarcoma	Leiomioma	Pólipo	Total
Dolor abdominal	5	1	2	0	8(73%)
Pérdida de peso	5	1	0	0	6(54%)
Masa abdominal	4	0	1	0	5(45%)
Fatiga y anorexia	3	1	1	0	5(45%)
Hematemesis y melena	3	1	1	1	6(54%)
Síndrome obstruc- tivo	1	0	0	0	1(9%)
Ictericia	2	0	0	0	2(18%)

TUMORES DUODENALES

TABLA N° 3: METODOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS

Estudio	Adenocarcinoma	Sarcoma	Leiomioma	Pólipo	Total
S.E.G.D.	7	1	2	1	11(100%)
ENDOSCOPIA	7	1	2	1	11(100%)
T.A.C.	1	0	0	0	1(9%)
COLON POR ENEMA	1	0	0	0	1(9%)
GAMAGRAMA HEPATICO	4	1	1	0	6(54%)

En todos los pacientes durante la endoscopia se tomó biopsia, el diagnóstico preoperatorio de tumor primario duodeno se estableció en 6 (54%), ver tabla N° 4; En el 36% se hizo el diagnóstico correcto de adenocarcinoma.

El 100% de los pacientes fueron sometidos a laparotomía exploradora, durante el acto quirúrgico se efectuó toma de biopsia para estudio transoperatorio, en la tabla N° 5 se documenta el reporte histopatológico.

Como se observa en la tabla N° 6, el procedimiento quirúrgico que más comúnmente se utilizó fue cirugía de tipo paliativo, consistente en bypass intestinal en 7 (64%) debido al criterio de irreseccabilidad que presentaban; la cirugía curativa se realizó en 3 (27%), de ellos en 2 (18%), correspondió a patología benigna; el otro caso correspondió a un adenocarcinoma, efectuándosele pancreatoduodenectomía, el cual falleció por sepsis abdominal.

La presencia de metástasis se corroboró durante el transoperatorio, siendo los sitios más frecuentes: los ganglios locorreregionales 5 (45%); otros lugares menos frecuentes fueron: vesícula, ligamento hepatoduodenal, colédoco, estómago como se describe en la tabla N° 7.

La mortalidad fue del 100% cuando se refirió a patología maligna 8(73%), siendo la sobrevivida de 5 meses en promedio -Con mínimo de 28 días y un máximo de 8 meses- con buena calidad de vida.

TUMORES DUODENALES

TABLA N° 4: DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

RESULTADOS DE BIOPSIA	N° DE PACIENTES	%
ADENOCARCINOMA	4	36
POLIPO ADENOMATOSO	1	9%
LEIOMIOMA	1	9%
LEIOMIOSARCOMA	0	0%
TOTAL	6	54%

TUMORES DUODENALES

TABLA N° 5:

REPORTE HISTOPATOLOGICO DURANTE EL TRANSOPERATORIO

Tumores Benignos	Localización duodenal				Total
	1a.	2a.	3a.	4a.	
LEIOMIOMA	-	-	2	-	2(18%)
POLIPO ADENOMATOSO	-	-	-	-	1(9%)
Tumores Malignos					
ADENOCARCINOMA	2	2	2	1	7(64%)
LEIOMIOSARCOMA	1	-	-	-	1(9%)
TOTAL	4(36%)	2(18%)	4(36%)	1(9%)	11(100%)

TABLA N°6

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS TUMORES DUODENALES

Tratamiento curativo	Adenocarcinoma	Sarcoma	Leiomioma	Polipo	Total
PANCREATODUODENECTOMIA	1(9%)*	-	-	-	1(9%)
EXTIRPACION	-	-	2(18%)	1(9%)	3(27%)

Tratamiento paliativo					
BYPASS INTESTINAL	6(54%)	1(9%)	-	-	7(64%)
TOTAL	7(64%)	1(9%)	2(18%)	1(9%)	= 11(100%)

* Falleció por sepsis abdominal.

TABLA N° 7

TUMORES DUODENALES

HALLAZGOS ENCONTRADOS DURANTE LA LAPAROTOMIA EXPLORADORA

	Adenocarcinoma	Leiomiocarcinoma	Leiomioma	Pólipo	Total
NO METASTASIS	1(9%)	-	2(18%)	1(9%)	4(36%)
METASTASIS	6(54%)	1(9%)	-	-	7(64%)
- NODULOS LINFATICOS	4(36%)	1(9%)	-	-	5(45%)
- OTROS SITIOS	6(54%)	1(9%)	-	-	7(64%)
- HIGADO	1	1	-	-	2(18%)

D I S C U S I O N

Hasta la actualidad no existe una etiología que explique la baja frecuencia de los tumores duodenales. Herbsman y colaboradores(12); han comunicado que ello se debe a:

- Que el contenido líquido a nivel de duodeno es menos irritante para la mucosa intestinal.
- El tránsito intestinal rápido no estanca el contenido intestinal en esta porción del sistema gastrointestinal y esto impide la acción de los agentes carcinógenos.
- La presencia de Ph alcalino.
- La gran cantidad de benzopireno-hidroxilasa, que es una enzima con capacidad para detoxificar algunos posibles agentes oncológicos.
- La ausencia relativa, en el intestino delgado, de bacterias que participan en la descomposición de algunas sustancias del contenido intestinal, provocando la formación de agentes carcinógenos.
- El contenido intestinal, por la absorción acelerada es asimilado rápidamente por el hígado, de tal manera que los subproductos no permanecen en esta región.
- Los virus potencialmente oncogénicos son neutralizados por la concentración de IgA.
- Rápido recambio de las células de la mucosa duodenal con inhibición competitiva del crecimiento de células malignas.

Otras sustancias relacionadas con la presencia de estas neoplasias son la aflatoxina, benzopireno. También se han observado adenocarcinomas de duodeno en pacientes que cursan con esprue no tropical, factores genéticos (poliposis colonica familiar y poliposis juvenil, pancreas heterotópico, síndrome de Peutz - Jeghers, síndrome de Gardner entre otros y agentes físicos como las radiaciones (13,14,15,16). Estos hechos mencionados en la literatura mundial no se observaron en nuestros pacientes.

Los tumores benignos son raros y representan el 16% de todas las neoplasias del intestino delgado, en la literatura mundial se ha informado que los tumores benignos epiteliales son más frecuentes dentro de la localización duodenal asentando preferentemente en la primera porción del duodeno, en nuestra revisión encontramos que solamente en un paciente se documentó el diagnóstico de pólipo adenomatoso (9%) cifra significativamente menor a lo asentado por Same, Delpy y Perzin (1,3), siendo su localización en la primera porción del duodeno.

Hay muchas variedades de tumores mesodermicos que ocurren en el duodeno se han enumerado más de 30 tipos, pero los más comúnmente descritos son los lipomas, miomas, fibromas, mixomas, hemangiomas, linfangiomas, siendo poco frecuentes en duodeno; en la revisión de nuestro hospital se encontraron dos leiomiomas localizados en la tercera porción del duodeno. Dentro de los tumores duodenales malignos, los adenocarcino-

mas son los mas frecuentes en nuestra casuística la distribución es similar en las 4 porciones del duodeno y no como se reporta en otras series en la que el adenocarcinoma se localiza fundamentalmente en la segunda porción -- del duodeno (16,22).

Otros tumores malignos, como los linfomas, fibrosarcomas, leiomiomas y carcinoides son poco frecuentes, como demuestra la mayoría de las series (1,2,4,16). En nuestro estudio se reporta un solo caso de leiomioma.

En la literatura se han reportado tumores endocrinos como son los somatostatínomas que se caracterizan por un alto contenido de somatostatina y ocasionalmente productor de péptidos. En años recientes, 10 casos han sido reportados en la literatura, específicamente referidos como somatostatínomas y localizados en el duodeno (17,18). En nuestra revisión no se descubrió ningún caso.

Con respecto a la presentación clínica de estas neoplasias, se considera que aproximadamente el 50% de los tumores duodenales benignos son asintomáticos en virtud de dos hechos fundamentales: La gran distensibilidad intestinal y la fluidez del contenido intestinal. En contraste el 75-80% de las lesiones malignas provocan sintomatología de tipo obstructivo y sangrado de tubo digestivo alto, condicionados por las dimensiones del tumor, tal y como se evidenció en nuestros pacientes. (19).

El diagnóstico de estos tumores es extremadamente difícil

Los métodos para diagnosticar tumores incluyen la S.E.G.D. Endoscopía y la duodenografía hipotónica, alcanzando cifras entre el 85 y el 95%; en la experiencia del CM "La Raza" estos métodos tienen una sensibilidad del 54%.

El tratamiento de los tumores del intestino delgado es ante todo de tipo quirúrgico. En el caso de tumores benignos, cuando son pediculados se extirpan mediante endoscopía con asa de diatermia, cuando tienen una base de implantación amplia o bien son hallados en el curso de una laparotomía por otros motivos, es recomendable la duodenotomía y la extirpación. En ocasiones el tamaño, la localización o la presencia de alguna complicación obligan a adoptar una actitud terapéutica más agresiva. Por lo que respecta a los tumores malignos, su tratamiento debe someterse a los principios básicos de la extirpación total de la neoplasia y de sus vías de drenaje linfático. La pancreatoduodenectomía radical es cirugía curativa que se practica con mayor frecuencia, la mortalidad reportada en diferentes series es de 4 a 25% (1, 2, 3, 10, 16) cuando se trata de neoplasias localizadas y sin metástasis locorregionales.

El bypass paliativo está indicado cuando la enfermedad es extensa o las condiciones del paciente no toleran un procedimiento más radical, lo cual coincide con los resultados obtenidos en nuestra serie.

El papel de la radioterapia y la quimioterapia es limitado. Sakker y Ware observaron que la supervivencia es más prolongada

después de la operación paliativa combinada con quimioterapia y radioterapia. En las lesiones linfomatosas, la quimioterapia puede ser útil como auxiliar de la cirugía o a veces, en lugar de ella; también la radioterapia está indicada en estos pacientes. En ninguno de nuestros pacientes se utilizaron alguno de estos procedimientos.

La mortalidad obtenida por nosotros es comparable a lo publicado por diversos autores. (1,2,3,4,16,17).

C O N C L U S I O N E S

Los tumores de duodeno son una patología poco frecuente, siendo el adenocarcinoma el tumor maligno más frecuentemente encontrado (64%).

Se debe considerar a los tumores de duodeno en el diagnóstico diferencial en pacientes mayores de 50 años con -- sintomatología abdominal en especial dolor.

Se debe realizar una historia clínica detallada, una exploración física cuidadosa, y un mínimo de estudios de laboratorio son útiles en pacientes con sospecha de tumor duodenal.

La S.E.G.D y la Endoscopia son los estudios de gabinete que deben ser empleados en pacientes con sospecha de tumor duodenal.

La pancreatoduodenectomía es el tratamiento quirúrgico

de elección en pacientes con adenocarcinoma deduodeno, siem
pre y cuando el tumor este localizado a duodeno y no haya_
metástasis

El bypass intestinal es el tratamiento paliativo más_
utilizado en nuestra serie, debido a que la tumoración al _
momento de la cirugía era irresecable, dándole a los pacient
es una mejor calidad de vida.

La mortalidad postoperatoria es del 100% y la sobrevid
a en promedio de 5 meses después del tratamiento paliativo.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

R E F E R E N C I A S

- 1.- Arévalo Jiménez E.;Gordon del Río A.;Redel del Pueyo J. ;Solorzano Peck G.;Vázquez Márquez L.;Escudero Nafs F.; y Pera Madrazo C."Tumores primarios del duodeno:A propósito de 14 observaciones".Rev. Esp. Enf. Ap. Digest.,71 :1(21-26),1987.
- 2.- B. Van Ooijen,M.D.,And H.L. Kalsbeek."Carcinoma of The Duodenum".Surg. Gynecol. Obstet,166:343-347,1988.
- 3.- Spira,I.A.;Ghabi,A. y Wolff,W.I.:"Primary Adenocarcinoma of the duodenum"Cáncer,39:1721,1977.
- 4.- Schwartz-Ellis."Operaciones abdominales".Editorial Panamericana.6a.Edición,1200.1984.
- 5.- Robert C. Kurtz,M.D.,Stephen S. Sternberg,M.D,Helen H. Miller,MSW,and Jerome,M.D., "Upper Gastrointestinal Neoplasia in Familial Polyposis".Digestive Diseases and Sciences,32:459-465,1987.
- 6.- R.G.Sarre,A.G. Frost,D.G. Jagelman,R.E.Petras,M.V.Sivak And E. McGannon.:"Gastric and duodenal polyps in familial adenomatous polyposis:a prospective study of the nature and prevalence of upper gastrointestinal polyps" Gut,28:306-314,1987.
- 7.- N.Braga.M. Stella,A. Zerbi,C. Staudacher,María Sironi and V.DiCarlo.;"Giant villous adenoma of the duodenum". Br. J. Surg.73:924,1986.
- 8.- H.J. Järvinen,and P. Sipponen."Gastroduodenal Polyps in Juvenile Polyposis".Endoscopy,18:230-234,1986.

- 9.- Daniel P Ryan,M.D.,Robert H. Schapiro,M.D.,Andrew L. _
Warshaw.M.D. "Villous Tumors of The Duodenum".Ann.Surg.
203:301-306,1986.
- 10.- G. Daniel Gonzalez,M.D.,E. Craig Evans,M.D.: "Primary _
Adenocarcinoma of the Duodenum".The American Surgeon, _
53:174-179,1987.
- 11.- Herbsman,H.;Wetstein,L.;Rose,Y.;Orces,H.;Alfonso A.E.;
Iyer.S.K. y Gardner,B.: "Tumors of the Small intestine"
Curr. Probl. Surg.;17:121,1980.
- 12.- Joseph B. Weiss And Gregory G. Semerdjian.: "Recurrent _
Villous Adenoma of the Duodenum".Gastroenterology. 90:
440-442,1986.
- 13.- Lillemoe,K. e Imbembo,A.L.: "Malignant neoplasms of the
duodenum".Surg. Gynecol. Obstet,150:822,1980.
- 14.- Edward C.S.Lai,Ronald K.Tompkins."Heterotopic Pancreas"
The American Journal Of Surgery.151:697-700,1986.
- 15.- Hiromi Tanemura;Satomi Uno;Masao Suzuki,Yohko Miyauchi
Kuniyasu Shimokawa;Shigetoyo Saji;Hirofumi Ohashi and _
Kazuki Sakata."Heterotopic Gastric Mucosa Accopanied by
Pancreas in the duodenum".The American Journal Of Gas--
troenterology.82:685-688,1987.
- 16.- Milton L.Levine,Barry S. Dorf,Simmy Rank.: "Adenocarcing
ma of The Duodenum in a Patient with Nontropical Sprue"
The American Journal Of Gastroenterology.81:800-2,1986.
- 17.- G.L. Taccagni,M. Carlucci,M. Sironi,A. Cantaboni, and V.
DiCarlo.: "Duodenal Somatostatinoma With Psamoma Bodies:

An Immunohistochemical and Ultrastructural Study".The American Journal Gastroenterology.81:33-37,1986.

18.- K.Friis Kock and J. Sandermann.: "A Polypoid Duodenal Somatostatinoma".Scand J Gastroenterol.23;100-102 ,1988

19.- Oviato Ciccarelli, John P. Welch and Gerald G.Kent. "Primary Malignant Tumors of The Small Bowel".The American Journal Of Surgery.153:350-354,1987.