



Revista Venezolana de Oncología

ADENOCARCINOMA PRIMARIO NO AMPULLAR DE DUODENO REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

DR. SALVADOR NAVARRETE*, DR. HECTOR CANTELE**, DRL JOSE LUIS LEIVA***, DR. MIGEL VASALLO****

RESUMEN: A pesar de ser una lesión rara, el adenocarcinoma duodenal primario no originado en la ampolla de Vater es la neoplasia maligna más frecuente de este segmento del tubo digestivo. En el presente trabajo se presenta el caso de un paciente de 42 años con adenocarcinoma primario de la tercera porción del duodeno y se revisa la literatura haciendo énfasis en las indicaciones y resultados de los dos principales tipos de cirugía curativa.

Palabras claves: **Adenocarcinoma, duodeno, duodenopancreatectomía**

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma de duodeno no derivado de la papila de Vater es una lesión rara, que representa del 0,3% al 0,5% de todo cáncer gastrointestinal⁽¹⁻⁵⁾. sin embargo, dentro de los tumores malignos del intestino delgado, el 30%-45% de los casos corresponde a un adenocarcinoma duodenal.⁽⁴⁻⁵⁾

Debido a que la sintomatología es inespecífica, el diagnóstico se realiza de manera tardía, lo cual conlleva a una baja tasa de resección quirúrgica, única modalidad de tratamiento curativo.⁽⁶⁻⁹⁾

En el presente trabajo describimos el caso de un paciente con adenocarcinoma no ampullar de duodeno y revisamos la literatura haciendo énfasis en los tipos de tratamiento quirúrgico curativo y sus resultados.

* Cirujano General. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "B". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela.

** Cirujano General. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "D". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela.

*** Cirugía General. Clínica Santa Sofía. Caracas

**** Cirugía General. Servicio de Quirófanos. Hospital Universitario de Caracas.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 42 años con clínica de dolor abdominal inespecífico y sensación de llenura que progresa en 6 meses a un cuadro de náuseas, vómitos alimentarios tempranos y pérdida de peso. Al examen físico: cabeza, cuello y esfera cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen blando, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio, sin irritación peritoneal, no visceromegalias y ruidos hidroaéreos normales. Resto del examen dentro de la normalidad. Paraclínicos: hematología completa, bioquímica hepática y renal dentro de límites normales. Endoscopia digestiva superior hasta la segunda porción duodenal sin alteraciones. Ultrasonido abdominal sin alteraciones. Colonoscopia dentro de la normalidad. Radiología contrastada digestiva superior: engrosamiento de los pliegues del antro gástrico y primera porción duodenal. Se repite endoscopia digestiva superior llegando esta vez a la tercera porción duodenal en donde se identifica una lesión estenosante a la cual se le toman biopsias, se intenta progresar con enteroscopia sin lograr franquear la estenosis. Tomografía abdominal sin alteraciones.

Anatomía patológica: “Adenocarcinoma poco diferenciado, de células en anillo de sello, infiltrante en el duodeno”.

Se realiza laparotomía exploradora con el diagnóstico de adenocarcinoma primario de duodeno con los siguientes hallazgos: tumor de la tercera porción duodenal de 5 cm de diámetro firmemente adherido al páncreas. Resto de la cavidad abdomino-pélvica sin lesiones. Se practicó operación de Whipple y reconstrucción mediante gastroyeyunoanastomosis, hepaticoyeyunoanastomosis y pancreatoyeyunoanastomosis en “Y” de Roux, sin complicaciones. El paciente evoluciona satisfactoriamente, presentando retardo en el vaciamiento gástrico que se resuelve médicamente, y egresando en buenas condiciones generales al décimo cuarto día de postoperatorio. El estudio anatomopatológico de la pieza informó: tumor de la tercera porción del duodeno: Adenocarcinoma poco diferenciado con infiltración de la pared muscular en su totalidad y serosa adyacente. Ganglios linfáticos peritumorales: metástasis a cuatro ganglios linfáticos. Márgenes de resección libres. Epiplon

mayor y menor, estomago, páncreas y vesícula biliar sin tumor.

DISCUSIÓN

Los tumores malignos del duodeno, no ampullares, son lesiones raras, dentro de las cuales el adenocarcinoma representa el tipo histológico más frecuente.^(1,4,5,7) Las manifestaciones clínicas aparecen tardíamente, cuando ocurren problemas secundarios al crecimiento del tumor, lo cual hace que en la mayoría de los casos estas lesiones sean identificadas en una etapa avanzada de la enfermedad.^(7,8) Se presentan con mayor frecuencia en la sexta década de la vida, sin tener predominio en cuanto a sexo.^(7,8)

Los síntomas tienen una duración promedio de 6-7 meses siendo el dolor abdominal y la pérdida de peso los más frecuentes.^(1,6,8) Otros síntomas que pueden presentarse son vómitos, ictericia, hemorragia digestiva y saciedad temprana.^(6,8,9) También se ha informado sobre la perforación del tumor hacia la cavidad abdominal generando un cuadro de abdomen agudo.⁽¹⁰⁾

En ocasiones el adenocarcinoma duodenal se desarrolla a partir de un adenoma vellosos pre-existente o se presenta asociado a otras condiciones patológicas como poliposis adenomatosa familiar, sprue no celiaco y síndrome de Peutz-Jeghers.^(6,8,11)

La localización más frecuente del adenocarcinoma en el duodeno es la segunda porción (50%-68%), seguida de la tercera/cuarta porción (26%-42%), y de la primera (4%-16%).^(6,8) Mediante una combinación de endoscopia digestiva superior, radiología gastrointestinal con contraste y tomografía abdominal se logran identificar hasta el 90% de los tumores duodenales.^(7,8) Sin embargo es importante señalar que el uso del endoscopio convencional puede ser insuficiente para detectar lesiones distales (3ª y 4ª porción del duodeno) debido a que el instrumento no es avanzado lo suficientemente lejos como para observar tumores en esta localización.^(12,13) Esta es la razón por la cual la capacidad para obtener el diagnóstico histológico preoperatorio desciende al 40%-55%.^(7,8)

En nuestro paciente fue necesario practicar una segunda endoscopia digestiva superior, esta vez con enteroscopia, en la cual se identificó la lesión y se tomaron biopsias que permitieron establecer un diagnóstico histológico per-operatoriamente.

La resección quirúrgica completa constituye la única opción curativa, y se define a la misma como la remoción de toda la enfermedad macroscópica con márgenes microscópicos libres, en ausencia de enfermedad metastásica. ⁽⁷⁾ Esto pudiera realizarse mediante duodenopancreatectomía (DP) o resección segmentaria duodenal (RSD).

Los principales argumentos en contra de la RSD son la imposibilidad de obtener márgenes quirúrgicos adecuados y de practicar linfadenectomía regional, ⁽¹⁴⁾ sin embargo, diferentes estudios retrospectivos que comparan la RSD con la PD han determinado que no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto morbilidad, mortalidad y sobrevida a 5 años, por lo que concluyen que la RSD pudiera ser un tratamiento adecuado en casos seleccionados. ^(7,8,15)

La presencia de márgenes positivos, etapa avanzada de la enfermedad (TNM), pérdida de peso y síntomas obstructivos constituyen factores pronósticos adversos en la mayor parte de la literatura, existiendo cierta controversia en cuanto al estado de los ganglios linfáticos y a la localización del tumor en el duodeno. ^(1,7,8,15,16) La presencia de enfermedad en los ganglios linfáticos fue estadísticamente significativa para pronóstico desfavorable en los estudios de Bakaeen y Kaklamanos, ^(7,8) no así para el trabajo de Sohn ⁽¹⁵⁾ y además se ha informado que el adenocarcinoma de duodeno con metástasis linfáticas regionales puede ser curable. ⁽⁶⁾

Por otro lado en el estudio de Kaklamanos, ⁽⁷⁾ el número de ganglios linfáticos regionales resecados durante PD y RSD no fue estadísticamente diferente.

En base a todo esto podemos decir que la decisión de practicar PDF o RSD en el adenocarcinoma primario de duodeno debe tomarse principalmente en base al tamaño y localización del tumor. Parece razonable para las lesiones de la 2da porción realizar PD independientemente del tamaño del tumor, debido a las íntimas relaciones de este segmento con la cabeza del páncreas y la vía biliar.

Como en la mayoría de los pacientes el diagnóstico se realiza de manera tardía, la lesión con frecuencia involucra más de un segmento duodenal ⁽⁶⁾ y/o esta fija a la glándula pancreática como ocurrió en nuestro caso, por lo que una RSD pudiera ser inadecuada para obtener un margen quirúrgico seguro. Estas son las razones por las cuales en la mayoría de las series se observa que la principal forma de tratamiento quirúrgico con fines curativos lo constituye la PD. ^(6-9,15,16)

La RSD puede ser un procedimiento adecuado para aquellas lesiones pequeñas que no estén localizadas en la 2da porción del duodeno. Quizás la reciente introducción del ultrasonido endoscópico ^(17,18) pudiera ayudar a determinar mejor la extensión regional del tumor en estos casos, y así obtener datos más objetivos que permitan decidir el tipo de tratamiento quirúrgico.

La administración de radio y/o quimioterapia no ha demostrado mejorar la sobrevida, la cual es significativamente mayor cuando se ha practicado cirugía con intención curativa. ^(1,3,7,8,15,16)

Podemos concluir que el adenocarcinoma de duodeno es una lesión poco frecuente que necesita de un diagnóstico temprano para mejorar sus índices de curación. La cirugía constituye la única modalidad de tratamiento efectivo, en el que tanto la PD como la RSD parecen tener un lugar. La decisión del procedimiento quirúrgico debe ser individualizada en cada paciente, teniendo como objetivo primordial, la resección completa de la lesión con márgenes microscópicos libres de neoplasia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heniford BT, Ianniti DA, Evans P, Gagner M, Henderson JM. Primary nonampullary/periampullary adenocarcinoma of the duodenum. *Am Surg* 1998; 64(12):1165-9.
2. Spira IA, Ghazi A, Wolff WI. Primary adenocarcinoma of the duodenum. *Cancer* 1977; 39:1721-6
3. Alwmark A, Anderson A, Lasson A. primary carcinoma of the duodenum. *Ann Surg* 1980; 191:13-8
4. Kleinerman J, Yardumian K, Tamaki HT. Primary carcinoma of the duodenum. *Ann Intern Med* 1950; 32:451-65
5. Iovine VM, Tsangaris N. Primary carcinoma of the duodenum. *Am Surg* 1961; 27:744-50
6. Pickleman J, Koelsch M, Chjjfec G. Node-positive duodenal carcinoma is curable. *Arch Surg* 1997; 132(3):241-4
7. Kaklamanos IG, Bathe OF, Francheschi D, Camarada C, Levi J, Livingstone AS. Extent of resection in the management of duodenal adenocarcinoma. *Am J Surg* 2000; 179(1):37-41
8. Bakaeen FG, Murr MM, Sarr MG, Thompson GB, Farnell MB, Nagorney DM, et al. What prognostic factors are important in duodenal adenocarcinoma ?. *Arch Surg* 2000; 135(6):635-41
9. Lang H, Nadalin S, Raab R, Jahne J. Results of surgical therapy of primary adenocarcinoma of the duodenum. *Chirurg* 1999; 70(5):571-7
10. Oliveros A, Carvajal A, Rodriguez J, Guaimare H, Goita I, Delgado M, y col., *GEN* 1992; 46(4):347-51
11. Pinto I, Briceño A, Maesre C, Sacramento P, Fernández C. Síndrome de Peutz-Jeghers asociado con adenocarcinoma primario de duodeno y cáncer indiferenciado de piel. *GEN* 1997; 51(1):21-4
12. Barnes G, Romero L, Hess KR, Curley SA. Primary carcinoma of the duodenum: management and survival in 67 patients. *Ann Surg Oncol* 1994; 1:73-8
13. Lowell JA, Rossi RL, Munson JL, Braasch JW. Primary adenocarcinoma of third and fourth portions of the duodenum. *Arch Surg* 1992; 127:557-60
14. Delcore R, Thomas JH, Forster J, Hermereck AS. Improving resectability and survival in patients with primary duodenal carcinoma. *Am J Surg* 1993; 166:626-31
15. Sohn TA, Lillemoe KD, Cameron JL, Pitt HA, Kaufman HS, Hruban RH, et al. Adenocarcinoma of the duodenum: factors influencing long-term survival. *J Gastrointest Surg* 1998; 2(1): 79-87
16. Santoro E, Sacchi M, Scutari F, Carboni F, Graziano F. Primary adenocarcinoma of the duodenum: treatment and survival in 89 patients. *Hepatogastroenterology* 1997; 44(16):1157-63
17. Yoshikane H, Tsukamoto Y, Niwa Y, Goto H, Hase S, Mizutani K, et al. Carcinoid tumors of the gastrointestinal tract: evaluation with endoscopic ultrasonography. *Gastrointest Endosc* 1993; 39(3):375-83
18. Rosch T, Lorenz R, Zenker K, Von Wichert A, Dancygier H, Hofler H, et al. Local staging and assessment of respectability in carcinoma of the esophagus, stomach, and duodenum by endoscopic ultrasonography. *Gastrointest Endosc* 1992; 38(4):460-7.