



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-259 - RESECCIÓN SEGMENTARIA DUODENAL COMO TRATAMIENTO DEL ADENOCARCINOMA DE TERCERA Y CUARTA PORCIÓN DUODENAL

Ballester, Belén; Martí, Carmen; Tusa, Claudio; Aguiriano, Mar; Zaragozá, María; Peiró, Fabian; Ponce, Úrsula; Seguí, Jesús

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Objetivos: La neoplasia duodenal es muy rara y por su localización próxima a la papila suele precisar duodenopancreatectomía (DPC). En casos seleccionados, ante la presencia de pólipos y tumoraciones duodenales circunscritas y distales a la papila se puede plantear una resección duodenal. Presentamos dos casos consecutivos de neoplasias duodenales intervenidas con resección segmentaria duodenal. Se aporta amplia iconografía al respecto y se realiza una revisión de la bibliografía.

Casos clínicos: Caso 1: varón 77 años, antecedentes sin interés, que presenta epigastralgia y anemia por lo que se realiza endoscopia evidenciando en 3ª porción duodenal a 4-5 cm distales a papila pólipo de 20 mm LST NG IIa con áreas superficiales NICE 2-3, que se biopsia con anatomía patológica (AP): adenoma tubular con displasia de bajo grado y focal displasia de alto grado. Tomografía computarizada (TC) toracoabdominopélvica donde no se evidencian lesiones sospechosas de malignidad. Caso 2: varón 72 años en estudio por anemia ferropénica, se realiza endoscopia que describe en tercera porción duodenal pólipo de 6 cm sésil con patrón superficial NICE 2-3. Se extirpa parcialmente (40%) no descartándose infiltración submucosa. AP: adenoma tubular (4 × 3 cm) con displasia focal de alto grado, sin evidencia de infiltración estromal. Estudio de extensión con TC sin hallazgos patológicos. Ambos pacientes se intervienen quirúrgicamente realizando exposición completa de rodilla duodenal y liberación de 4ª porción duodenal. Se identifica el pólipo con endoscopia peroperatoria, comprobación de la existencia de margen suficiente a la papila y marcado con tinta. Se completa la resección de 3 y 4 porción duodenal con linfadenectomía. Anastomosis duodeno-yeyunal laterolateral mecánica con cierre del ojal con sutura barbada. Posoperatorio sin complicaciones en seguimiento en consultas externas. Resultados: Caso 1. AP: adenocarcinoma de tipo intestinal bien diferenciado (G1) que invade lámina propia, bordes de resección libres. Linfadenectomía: 12 ganglios linfáticos negativos para carcinoma (0/12). TNM: pT1a pN0 MX. Caso 2. AP: adenoma tubular duodenal de 2,7 cm con focos de displasia epitelial severa/adenocarcinoma *in situ*, sin evidencia de infiltración. Bordes de resección libres. Linfadenectomía 10 ganglios negativos.



Discusión: El adenocarcinoma duodenal es poco frecuente representando el 33-45% de todos los tumores del intestino delgado. La mayoría se localizan en la 2ª porción duodenal, seguido por 3ª y 4ª porción, siendo excepcional la 1ª porción duodenal. Más frecuente en varones en la sexta década. Los síntomas son inespecíficos (dolor abdominal, náuseas, vómitos) y en ocasiones el diagnóstico es

accidental. La ictericia, anemia y obstrucción intestinal se relaciona con la enfermedad avanzada. La endoscopia digestiva alta supone la técnica de elección para el diagnóstico. La ecoendoscopia y la TC son fundamentales para el estudio de extensión. Actualmente no existe consenso sobre la mejor opción quirúrgica: DPC o resección segmentaria duodenal. Dependiendo de su localización, en ausencia de infiltración locorregional y con márgenes de resección adecuados, la resección segmentaria duodenal ha demostrado ser una buena alternativa a la DPC clásica con menor morbilidad.