

Resección segmentaria duodenal por tumor estromal en la tercera porción

Duodenal segmental resection for third portion stromal tumor

*Bordón Ana¹, García Marcelo², García Edgar², Acosta Rafael²,
Ramírez Fatecha, Fernando²*

RESUMEN

Los GIST son tratados preferentemente de manera quirúrgica. La localización duodenal de los mismos corresponde al 4,5% de los casos pero el tratamiento de los tumores en esta localización no está estrictamente definido. Se reporta el caso de una mujer de 59 años con antecedentes de cólicos biliares y melena. El estudio ecográfico demostró litiasis vesicular y una lesión redondeada de 4 cm diámetro de localización retroperitoneal. La tomografía abdominal ubicó a la masa en la tercera porción duodenal (confirmada por la duodenoscopia) con aspecto sugerente de tumor estromal. Fue sometida a laparotomía, donde se realizó colecistectomía y resección segmentaria de la tercera y cuarta porción duodenal con anastomosis duodeno-yeyunal. Durante la internación presentó ictericia pasajera y fuga anastomótica de bajo débito que cerró espontáneamente. El alta se realizó al 16° día postoperatorio. El estudio anatomopatológico reveló un tumor de bajo grado con células características del estroma intestinal. La inmunohistoquímica confirmó la estirpe estromal intestinal del tumor (CD117+).

Palabras claves: GIST, Duodenectomía segmentaria.

ABSTRACT

GISTs are preferably treated surgically, duodenal location corresponding to 4.5 % of cases but the treatment of the tumors in this location is not strictly defined. We report the case of a 59 year old woman with a history of biliary pain, and an episode of melena. Ultrasound examination showed gallstones and a retroperitoneal lesion of almost 4 cm diameter. The TAC placed the mass in the third portion of the duodenum (confirmed by duodenoscopy) with characteristic aspect of a stromal tumor. At the laparotomy was performed segmental resection of the third and fourth portion of the duodenum with duodenal-jejunal anastomosis. During hospitalization the patient presented temporary jaundice and low flow anastomotic leak that closed

spontaneously and she went home on the 16th postoperative day. The pathological study revealed low-grade tumor with intestinal stromal cell characteristics. The immunohistochemistry confirmed the intestinal stromal tumor lineage (CD117 +). The duodenum - pancreatectomy is not always necessary for the treatment of tumors of the duodenum.

Keywords: GIST, duodenal segmental resection.

INTRODUCCIÓN

Los GIST (gastrointestinal stromal tumors) son tratados preferentemente con resección quirúrgica¹⁻⁴. El asiento duodenal corresponde al 4,5%¹ de todos los tumores, pero el tratamiento ideal para los mismos no está estrictamente definido⁸. Debido a que los tumores GIST crecen progresiva y localmente y rara vez dan metástasis ganglionares³⁻⁶ la duodenopancreatectomía ha sido realizada en aproximadamente el 45% de los casos reportados de GIST duodenal⁵. La resección segmentaria duodenal sin resección pancreática solo ha sido sujeto de reporte de casos en la literatura⁷⁻⁸. El diagnóstico preoperatorio es realizado por imágenes o por punción con aguja fina⁵. En este reporte se describe la resección segmentaria de la tercera y cuarta porción duodenal de un tumor estromal con márgenes adecuados de resección sin daño del sistema esfinteriano papilar.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino, de 59 años, sin patologías de base, con historia de cólicos biliares a repetición y en

1. Profesora Adjunta.

2. Residentes de Cirugía.

Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica – FCM - UNA

Autor Correspondiente: Dr. Marcelo García - Dirección: Mario Mallorquín 1778 c/ Nazareth. (Barrio Nazareth) – Asunción (Paraguay)
- Tel: +595981986347 - Email :cmgdoldan@gmail.com

Fecha de recepción: 06-julio-2013 **Fecha de aceptación:** 30-octubre-2013

una oportunidad melena sin lipotimia. Durante uno de los episodios de dolor consulta y se le realizó una ecografía abdominal la cual reveló litiasis vesicular y un nódulo sólido de 4 cm que impresiona localizarse en el retroperitoneo (**Foto 1**).

La TAC de abdomen con contraste oral y endovenoso ubicó la lesión en la tercera porción duodenal con igual tamaño (**Foto 2**).

La duodenoscopia revela una deformidad de la tercera porción (D3) con mucosa sana (signo de la tienda de campaña presente). Con estos hallazgos, la paciente fue sometida a laparotomía exploradora con intenciones de eventual resección segmentaria del duodeno o cirugía de Whipple.

Se realizó una laparotomía subcostal derecha, con maniobra de Kocher, constatándose una lesión tumoral

sólida (3cm x 4cm) en la vertiente pancreática de la tercera porción duodenal. (**Foto 3**).

Antes del abordaje tumoral, se realizó la colecistectomía y colangiografía transcística que evidenció ausencia de compromiso de la papila por el tumor. Se deja el catéter de colangiografía como tutor, atravesando la papila. La disección del retropáncreas fue realizada con bisturí armónico (**Foto 4 y 5**).

Se delimitaron los bordes de resección previa duodenotomía a 1 cm proximal a la lesión, inmediatamente por debajo de la ampolla de Váter con visualización del catéter emergiendo de la papila y con márgenes quirúrgicos aceptables oncológicamente para el diagnóstico presuntivo de GIST (**Foto 6**). La liberación del tumor de la cabeza del páncreas no presentó ninguna dificultad, completando la resección duodenal. (**Foto 7**).



Foto 1: Ecografía abdominal donde se evidencia el nódulo retroperitoneal. (Foto archivo del autor).



Foto 2: TAC de abdomen con contraste oral y endovenoso en la cual se ubica anatómicamente al tumor en la tercera porción del duodeno (Foto archivo del autor).

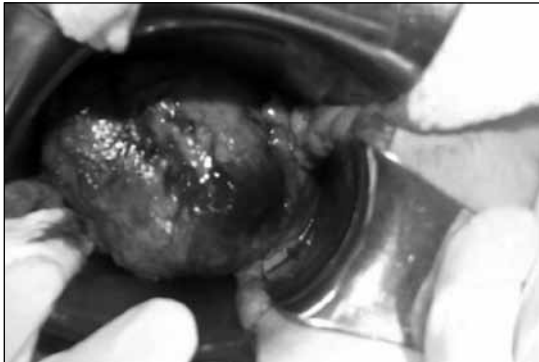


Foto 3: Hallazgo quirúrgico: tumor sólido en D3. (Foto archivo del autor).



Foto 4: Apertura del retro peritoneo con bisturí armónico para visualizar la cara posterior del duodeno – páncreas. (Foto archivo del autor).



Foto 5: Retroperitoneo abierto: se visualiza la segunda y tercera porción duodenal con el tumor, páncreas y los vasos duodenopancreáticos. (Foto archivo del autor).

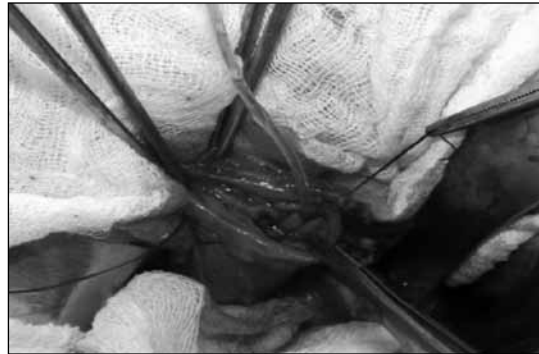


Foto 6: Imagen de D2 ilustrando la conservación de la papila de Váter, la cual se halla cateterizada por una sonda transcística K112. (Foto archivo del autor).

Se realizó sutura con poliglactina 3-0, posterior a la cual se realizó una colangiografía peroperatoria con pasaje del contraste al duodeno. Prueba de azul de metileno negativa para fuga anastomótica (**Foto 8**). Colangiografía a través del cístico observándose pasaje al duodeno - yeyuno a través de la papila (**Foto 9**).

Se dejó un catéter de nutrición enteral trans-anastomótico y un drenaje aspirativo de Jackson Pratt. En el post operatorio la paciente presentó aumento transitorio de la bilirrubina directa atribuida al edema de la papila por la cateterización peroperatoria, además fuga de líquido bilioso intestinal por drenaje, con disminución

progresiva sin alteración del estado general de la paciente. Fue dada de alta al día 16 del postoperatorio, con alimentación por vía oral sin inconvenientes.

El informe de anatomía patológica refirió un tumor fusocelular sin atipia predominante, que comprometía hasta submucosa duodenal, con menos de 5 mitosis por 50 campos de gran aumento. No se observó necrosis y la mucosa duodenal tenía edema y congestión vascular. Los márgenes quirúrgicos estaban sin evidencia de lesión. La inmunohistoquímica resultó positiva para el CD117 (c-kit) confirmando el diagnóstico de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) (**Foto 10**).

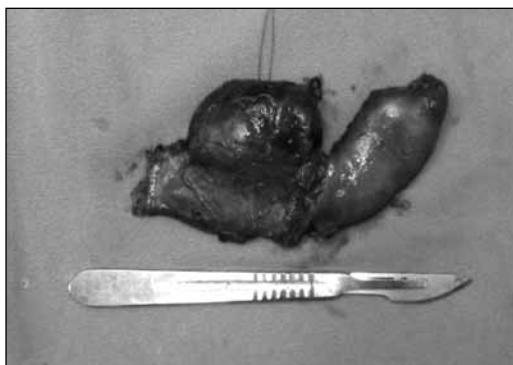


Foto 7: Pieza anatómica: D3 + TUMOR + D4. (Foto archivo del autor).

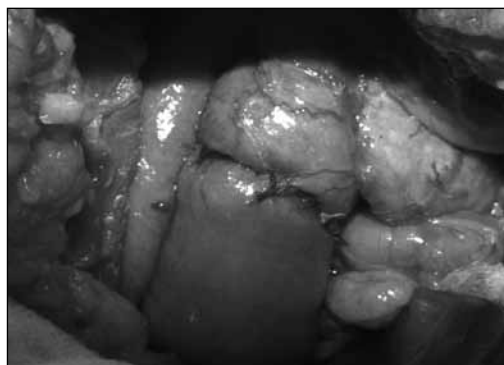


Foto 8: Anastomosis duodeno-yeyunal termino terminal confeccionada en un solo plano con puntos seromusculares de poliglactina 3.0. (Foto archivo del autor).



Foto 9: Colangiografía peroperatoria posterior a la anastomosis que revela el pasaje del contraste al duodeno - yeyuno. (Foto archivo del autor).



Foto 10: Imagen de inmunohistoquímica en la cual se encuentran marcadas las células CD117 (+). (Foto gentileza de la Cátedra de Anatomía Patológica - FCM - UNA).

DISCUSIÓN

Los GIST son tumores malignos de bajo grado que pueden aparecer en cualquier segmento del aparato digestivo, siendo diagnosticados en el pasado como leiomiomas o leiomiomas ¹. Estos tumores están originados en las células de Cajal, células marcapasos del músculo intestinal con características particulares desde el punto de vista histológico e inmunohistoquímicos con positividad para el c-kit o el CD34. Estos tumores se caracterizan por un crecimiento expansivo con escasa invasión, dando metástasis a veces al hígado o con recidivas locales posterior a la cirugía. La resección quirúrgica con márgenes negativos para el tumor y la pseudocápsula intacta se consideran efectivos para el tratamiento de estos tumores, rara vez hacen metástasis ganglionar ¹⁻⁴. El tratamiento con el imatinib puede mejorar el pronóstico de estas lesiones cuando se encuentran en estadio avanzado.

Descripciones anatómicas quirúrgicas del páncreas han sugerido que las resecciones segmentarias pueden ser aplicadas a tumores de bajo grado como los GIST inclusive adenocarcinomas pequeños ¹⁻³, permitiendo conservar la cabeza del páncreas de manera segura. En nuestra paciente, preservar la cabeza del páncreas y el aparato esfinteriano no planteó problema alguno pues la disección fue fácil, ya que la lesión estaba separada del mismo con

un plano de clivaje fácil, no invasivo. La cateterización transcística transpapilar fue una táctica beneficiosa para no lesionar esta estructura. La sonda enteral de alimentación y el drenaje de Jackson Pratt facilitaron el postoperatorio para evitar complicaciones mayores. La resección de lesiones localizadas en el duodeno con iguales características que el caso presentado, podrían ser llevadas a cabo igualmente con abordaje laparoscópico con asistencia de la duodenoscopia peroperatoria para asegurar que el límite de sección con sutura mecánica no comprometa la estructura papilar o esfinteriano ⁹

La resección duodenal es raramente indicada y discutida en las lesiones que asientan en la vertiente pancreática sin embargo es considerada y realizada cuando la separación del duodeno del páncreas no refleja ningún riesgo oncológico y las lesiones se ubican en la tercera y cuarta porción del duodeno ¹⁰.

En conclusión, el tratamiento de los GIST es fundamentalmente quirúrgico. La resección duodenal segmentaria es una opción terapéutica a tener en cuenta en los GIST que asientan en la tercera y cuarta porción duodenal. La duodeno-pancreatectomía no siempre es necesaria para el tratamiento de los tumores del duodeno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buchs NC et al. Segmental duodenectomy for duodenal GIST. *World Journal of Gastroenterology*, June 14, 2010;16: 22ss.
2. Sakamoto et al. Segmental resection of the third portion of the duodenum for a gastrointestinal stromal tumor: a case report. *Jpn J Clin Oncol* 2003;33(7):363-366.
3. Sista F et al. Adenocarcinoma of the third duodenal portion: case report and review of literature. *World Journal of Gastrointestinal Surgery* 2012;27; 4 (1):23-26.
4. Linhares et al. Atualização em GIST. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2006; 33(1): 51-54
5. Dewitt J, Al Haddad M, Fogel E, et al. Endoscopic transduodenal drainage of an abscess arising after EUS-FNA of a duodenal GI stromal tumor. *Gastrointest Endosc.* 2009;70(1):185-188.
6. Butt J, Rowley S, Byrne PJ, Reynolds JV. Management of gastrointestinal stromal tumours: a single-centre experience. *Ir J Med Sci* 2007;176:157-60.
7. Chung J CH et al. Segmental duodenectomy with duodenojejunostomy of gastrointestinal stromal tumor involving the duodenum. *J Korean Surg Soc* 2011; 80:S12-16.
8. Lee SE et al. Clinical Efficacy of Organ-Preserving Pancreatectomy for Benign or Low-Grade Malignant Potential Lesion. *J Korean Med Sci* 2010; 25: 97-103.
9. Poves I, Burdio F, Alonso S, Seoane A, Grande L. Laparoscopic pancreas-sparing subtotal duodenectomy. *J Pancreas.* 2011;12:62-5
10. Sung Hoon Kim et al. Laparoscopic Pancreas-Sparing Subtotal Duodenectomy in Gastrointestinal Stromal Tumor of the Duodenum *Ann Surg Oncol* (2013) 20:547.