



11209.
2 of 9

Universidad Autónoma de México
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Especialidades
Puebla, Pue.

ADENOCARCINOMA DUODENAL
(Presentación de dos casos)

TESIS DE POSTGRADO
Que para Obtener el Grado
Académico de Especialista en Cirugía General

P R E S E N T A

Dr. Victor Manuel Maldonado Villanueva

FALLA DE CEMENTO

Puebla, Pue. 1984



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 está 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.

CONTENIDO

- I AGRADECIMIENTO
- II INTRODUCCION
- III ETIOPATOGENIA
- IV FRECUENCIA Y DISTRIBUCION
- V ANATOMIA PATOLOGICA
- VI CUADRO CLINICO
- VII DIAGNOSTICO
- VIII TRATAMIENTO
- IX PRONOSTICO
- X PRESENTACION DE CASOS
- XI COMENTARIO Y DISCUSION
- XII BIBLIOGRAFIA

EXPRESION DE AGRADECIMIENTO

Recordando que una residencia no se podría verificar con la sola participación del alumno; el mérito no puede ser individual sino compartido con nuestros maestros, que con su buena voluntad y esfuerzo la hicieron posible; y ya que lo alcanzado recayó en mi favor, quisiera que éste trabajo sirva como expresión de un profundo agradecimiento a nuestros maestros, por su magnanimidad didáctica y actitud benevolente; a mis compañeros por todas sus alegrías transmitidas y emociones compartidas.

A la memoria de los pacientes que han permitido las experiencias que forman parte del conjunto de ideas técnicas y científicas de que disponemos al término de la residencia.

Aprovecho para evidenciar mi complacencia en haber realizado esta etapa de mi preparación en el IMSS de la Ciudad de Puebla, y la nostalgia que no es posible reprimir ante la separación física de nuestros hospitales, por todo lo que ello representa.

tro alcance.

Hamburger describe el primer caso de cáncer de duodeno en 1746 desde entonces solamente se han presentado en la literatura 694 casos.(1)

La mayoría de los autores reportan 1 ó 2 casos y cuando se reportan 5 a 20 adenocarcinomas es porque se han reunido en lapsos prolongados.(1)

De la revisión de la literatura se desprende - que habitualmente el diagnóstico correcto es hecho tardíamente lo que conduce a mal pronóstico,(1) debido a que la sintomatología inicial no es clara sino intermitente(5) e imprecisa y conduce a que algunos pacientes sean considerados inicialmente neuróticos por la vaguedad de sus síntomas.

Otro problema del paciente con tumor duodenal-primario maligno es que son frecuentemente agrupa - dos junto con los tumores periaampulares. En efecto - en la literatura 56% de los tumores duodenales son - neoplasias de conductos biliares ó pancreáticos.(5)

ETIOPATOGENIA

El carcinoma primario del duodeno es una enfermedad poco común y representa solo el 0.3% de todas las neoplasias malignas del tracto gastrointestinal y un 25 a 45% de las neoplasias del intestino delgado.(1)

La razón de esta incidencia tan baja no es conocida pero se formulan varias hipótesis que incluyen:

- 1.- Rápido tránsito que reduce el potencial de exposición a sustancias carcinogénicas
- 2.- Líquidos naturales y relativa esterilidad del contenido.
- 3.- Proliferación rápida de las células de la mucosa del intestino delgado inhibiendo el crecimiento de células malignas competitivas.
- 4.- Destoxificación de carcinogénicos por enzimas microsomales, específicamente bensapirina hidrolasa.
- 5.- Respuesta local inmune que puede ser capaz de suprimir el tumor.(9)

En ningún lugar de la literatura estudiada se consignan factores predisponentes obvios del cáncer

duodenal, sin embargo se afirma que los pólipos tienen un riesgo de malignidad. De acuerdo con algunos autores el adenoma vellosa en el duodeno es maligno en cerca de un cuarto de los casos.(1)

Schnur comenta que 6 de 150 pacientes con síndrome de Gardner tenían pólipos adenomatosos en el duodeno, de las cuales dos desarrollaron carcinoma duodenal. Este autor recomienda vigilancia radiológica a los pacientes con síndrome de Gardner. Cortese(1) encuentra una predominancia de úlcera duodenal ó colelitiasis alrededor del cáncer duodenal (hallazgo no aceptado por otros autores) sin que exista una razón obvia que explicara éste hecho.(1)

FRECUENCIA Y DISTRIBUCION

El carcinoma primario del duodeno es un proceso poco común, y representa alrededor del 0.3% de todas las neoplasias malignas del tracto gastrointestinal y 25 a 45% de las neoplasias malignas del intestino delgado.(1) Su incidencia es 40 a 60 veces menos frecuente que el carcinoma de colon.

En un estudio en la clinica Mayo se descubrieron 55 casos de cáncer de intestino delgado en comparación con 4597 carcinomas colónicos y 4315 carcinomas gástricos.(15) La baja frecuencia del cáncer del intestino delgado en general parece incongruente cuando es comparada la longitud y superficie del intestino delgado con el restante tracto gastrointestinal(15), ya que el intestino delgado representa 75% de la longitud y mas del 90% de la superficie mucosa del tracto gastrointestinal.(9)

Es mas frecuente entre la quinta y séptima década de la vida.(14)

La frecuencia comparativa en pacientes femeninos y masculinos es de 1 : 2 para Spira; 1.5 : 1 para Sakker y Ware; 1.5 : 1 para Bosse; que muestran discreta predominación en la mujer.(1)

Como se menciona anteriormente la mayor inci-

dencia está entre los sesenta y setenta años de edad la mayoría de pacientes están entre los 60 y 80 años con una edad media de 66 años.

El diagnóstico oportuno de los tumores del intestino delgado es necesario ya que el 60% de ellos son malignos.(9)

Los adenocarcinomas forman el grupo mayor de los tumores malignos del intestino delgado con una incidencia del 40 a 60%; los sarcomas aparecen de 25 a 35% y el tumor carcinoide de 16 al 30%.(14)

En general se reportan que las neoplasias del duodeno constituyen el 0.019 a 0.05% de todas las neoplasias encontradas en autopsias.(12)

ANATOMIA PATOLOGICA

Los adenocarcinomas del intestino delgado pueden localizarse en cualquier lugar del intestino delgado, la mayoría ubicadas en el duodeno y el tercio proximal del yeyuno; el tercio central del íleon es afectado muy raras veces y su incidencia se incrementa hacia el tercio terminal del íleon (Lowenfels y Sonni 1977).(14)

Dado la rareza del tumor y los pocos pacientes estudiados en cada serie reportada existen diferencias en la distribución anatómica en cada una de ellas. Otros autores afirman que los tumores malignos ocurren con incremento de frecuencia a nivel del intestino delgado distal.(9). Wilson y colaboradores reportan una preponderancia de lesiones malignas en el íleon (48.8%) comparada con el yeyuno (28.5%) y el duodeno(22.5%). En la serie de Mittal y cols. se encontró al íleon también como el sitio más común de afectación con un 51.3% (9)

Microscópicamente los tumores pueden presentarse en tres formas: lesión anular escirrosa, un crecimiento polipoide intraluminal, ó una lesión ulcerosa infiltrativa.(14).

De los tumores malignos primarios del intestino delgado Mittal encontró: el adenocarcinoma es el tumor mas común(53.8%) seguido por carcinoide(23%) y linfoma(12.8%) leiomiomasarcoma(7.4%) y melanoma (2.5%). En una colección de series que sumaron 2144 tumores malignos del intestino delgado en general - la distribución de las variedades histológicas: adenocarcinoma 50%, carcinoide 39% y leiomiomasarcoma - 11%.(9).

Alwmark y cols. encontraron que el 40% de los tumores fueron suprapapilares, 30% peripapilar y - 30% infrapapilar.(1); en una serie de 66 pacientes con adenocarcinoma primario de duodeno vistos en - 1958 a 1973.

La literatura da pobre información acerca de - la actividad metastásica. Spira(1) reporta nódulos linfáticos regionales afectados en el 33% en el momento de la cirugía y Marshak(1) en 67%.

Spira y Cols. reportaron que dos terceras partes de los pacientes tenían metástasis en el momento del diagnóstico.

Alwmark encontró actividad metastásica en el - 49% de los pacientes en el momento del diagnóstico. Otros autores no proporcionan datos acerca de las - metástasis. El cáncer invade primero ganglios lin-

fáticos regionales, al hígado, y mas tarde a los -
pulmones.(1). La diseminación metastásica general-
ocurre muy rara vez. La mayoría de los pacientes -
mueren de crecimiento local e incapacidad para ali-
mentarse, y no de metástasis distantes. Esto debía
favorecer el diagnóstico temprano y un tratamiento-
quirúrgico radical.(1).

C U A D R O C L I N I C O

La mayoría de los síntomas son aquellos relacionados con obstrucción gastrointestinal como molestia abdominal, vómitos y dolor después de los alimentos; algunas ocasiones desarrollo de ictericia, la cual es causada cuando el tumor obstruye la papila.(1). En general los síntomas dependen de la localización del tumor en el duodeno y de las características intrínsecas de su comportamiento(crecimiento y tamaño)(5)(9).

Generalmente los tumores duodenales malignos son diagnosticados tardíamente(en promedio 10.5 meses después de los síntomas iniciales).(5).

Otros síntomas incluyen baja de peso, obstrucción intestinal, sangrado gastrointestinal, perforación intestinal ó una masa abdominal.(9)

Wilson y cols. reportan que los síntomas más frecuentemente encontrados en los 808 tumores malignos del intestino delgado estudiados en general fueron: baja de peso 39%, obstrucción 30%, sangrado 23% y dolor 20%.

En general los síntomas son vagos e insidiosos durante unos meses; pueden ser no específicos y conducir a un retardo en el diagnóstico. Ocasionalmen

te puede haber una presentación dramática con perforación o hemorragia masiva, o bien ictericia por — bloqueo del conducto biliar común.(14)

Las neoplasias de la segunda porción del duodeno no pueden tener los mismos síntomas clínicos que un tumor del Ampulla de Vater, de cabeza de páncreas o de los conductos biliares, y ya que, el carcinoma del Ampulla de Vater es mas común que el carcinoma de duodeno, ello obliga al diagnóstico diferencial(12)

DIAGNOSTICO

Los tumores duodenales malignos primarios son habitualmente diagnosticados en forma tardía. El diagnóstico está basado primariamente en un estudio radiológico con medio de contraste del tracto gastrointestinal alto. Cuando se sospecha un tumor duodenal, debería realizarse duodenoscopia con biopsia explorando todo lo largo del duodeno.(5) El diagnóstico definitivo debe ser siempre confirmado por examen histológico.

El proceso tumoral puede ser evidente por un estudio del tubo gastrointestinal alto con bario, pero los hallazgos negativos no excluyen su diagnóstico. En estos casos la endoscopia mejora los resultados en cuanto a un diagnóstico definitivo de la primera y segunda porción del duodeno.(1).

El diagnóstico preoperatorio correcto fue hecho radiológicamente en el 50% de los casos reportados por Silberman y cols. en el 73% de los reportados por Ebert y Zuidema, y en el 35% de los reportados por Wilson y cols.(9)

Laufer(1) seguida por la duodenografía hipotónica es de mayor ayuda diagnóstica y reporta 93% de efectividad en dos series con un total de 280 pa -

cientos en los que compara la duodenografía hipotónica con duodenoscopia. Este autor compara la técnica standar de contraste baritado con duodenoscopia en 175 pacientes y encontró 22% de errores radiológicos.

Hasta la fecha hay muy pocos tumores duodenales reportados, que se hayan diagnosticado por duodenoscopia, probablemente porque éste método hasta recientemente se ha hecho rutinario.

El estudio angiográfico en si rara vez es de ayuda para el diagnóstico de un tumor pequeño ya que el sangrado comunmente es mínimo. Como una consecuencia de la dificultad diagnóstica un buen número de carcinomas son diagnosticados como hallazgos en la laparatomía.(1)

Kerremans en 1977 propuso la práctica sistemática de una angiografía celiaca y de mesentérica superior en todos los pacientes, propuestos para la resección de Whipple, para examinar la reseabilidad, anomalías vasculares y los diferentes tipos de lesiones inflamatorias o tumorales. Las imágenes radiográficas tardías en la fase venosa son muy importantes para demostrar una compresión venosa portal ó mesentérica por invasión del tumor. La cavografía puede ser de ayuda para valorar invasión

tumoral. La sonografía y tomografía axial computada completa la investigación integral preoperatoria de estos pacientes.(5).

TRATAMIENTO

La mayoría de los autores prefieren la duodeno-pancreatectomía como la operación curativa, pero pocos pueden probar que estadísticamente es lo mejor. La operabilidad está entre el 70 y 100%, y las operaciones curativas en el rango del 43 a 73% (1). En la literatura se establece que se han realizado más operaciones curativas durante años recientes que durante los decenios de 1950 y 1960.

El crecimiento local, la extensión primariamente linfática y las metástasis que son tardías parecen convertir como radical a una operación local cuando es posible, esto es la duodenopancreatectomía. Esto puede también ser recomendado porque gracias a los cuidados postoperatorios modernos, la mortalidad postoperatoria prácticamente no se incrementa después de esta operación que después de una resección menos amplia.(1).

También se ha utilizado la resección segmentaria como tratamiento del cáncer primario duodenal, sin embargo se han observado recurrencias locales a pesar de radioterapia adyuvante.(1)

Kerremans en una serie de 14 pacientes hace una correlación del período de supervivencia y la pre-

sencia de ganglios linfáticos afectados. En caso de invasión de ganglios linfáticos el periodo de sobrevida fué de 6 meses; en contraste con 56.5 meses en los pacientes sin invasión de ganglios linfáticos. La derivación biliar o gastrointestinal paliativa para adenocarcinomas duodenales primarios tiene un tiempo promedio de sobrevida de 5.8 meses, lo cual es comparable con la resección de Whipple en presencia de invasión de ganglios linfáticos regionales. Consecuentemente se recomienda que el primer paso de una intervención quirúrgica para adenocarcinoma duodenal debería ser un corte congelado y examen de los ganglios linfáticos de la arteria mesentérica superior, de la arteria hepática y del tronco celiaco.(5) No obstante esto no se ha confirmado por otros autores.

El efecto de la radiación y la quimioterapia postoperatoria no es uniforme en la literatura revizada.

Cuando la resección es imposible un procedimiento de derivación hace mas tolerable la enfermedad al paciente.(14).

PRONOSTICO

Para la mayoría de los autores la pobre supervivencia reportada en la mayoría de las series es atribuida al retardo en el diagnóstico y a la presencia de metástasis en el momento del diagnóstico. Ebert y Zuidema reportan que el 69% de sus pacientes tenían metástasis en el momento de la cirugía.(9)

Sakker y Ware mencionan que cuando los síntomas de obstrucción gastrointestinal, ictericia o una masa duodenal esta presente, no hay correlación entre la duración de los síntomas y el pronóstico(1), sin embargo no es una opinión generalizada. Alwmark y cols. no estan de acuerdo, pues ellos afirman que cuando el diagnóstico se tarda mas de 6 meses lleva a mal pronóstico, ellos tuvieron 27 pacientes de estas características y de ellos solamente tres sobrevivieron mas de un año.

La presencia de ganglios metastásicos afectan marcadamente el pronóstico; la profundidad de la lesión y el tamaño del tumor se correlacionan bien con el pronóstico; no hay correlación con la extirpe histológica.(14)

La supervivencia a 5 años de los tumores duodenales primarios malignos es baja(10 a 20).(4,12,13)

El promedio de sobrevida después de un procedimiento de Whipple por un tumor duodenal maligno primario es de cerca de dos años. Algunos autores(5) reportan a cinco años una sobrevida del 40%; sin embargo éste resultado no ha sido confirmado en la literatura; en los casos con ganglio linfático invadidos el periodo de sobrevida es de seis meses aproximadamente en contraste con 56.5 meses de los pacientes sin invasión ganglionar.(2)

Cortese y Crane reportan 44 y 40% de sobrevida de cinco años después de duodenopancreatectomía curativa y paliativa.(7) . El tiempo de sobrevida después de una operación paliativa diferente a la duodenopancreatectomía es casi siempre menor de 6 meses.

La sobrevida después de una operación paliativa simple es casi siempre menor de seis meses, mientras que la sobrevida después de una operación paliativa y quimioterapia y radioterapia combinada es entre doce y 24 meses.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA
PRESENTACION DE LOS CASOS

C A S O No. I

Paciente masculino de 50 años de edad enviado al hospital de especialidades de Puebla, procedente de un hospital general del estado de Oaxaca.

Negó hábitos de consumo de alcohol y tabaco y no tenía antecedentes patológicos ni quirúrgicos.

A su ingreso al hospital hacía tres meses de evolución caracterizado por vómitos postprandiales de contenido alimentario, que cedían al vaciarse el estómago e inicialmente se presentaban en forma tardía. A su ingreso eran postprandiales inmediatos y se acompañaban de sensación de plenitud abdominal y estado nauseoso, no toleraba ni dieta líquida, pérdida de peso de 10 kgrs. en tres meses, astenia-adinamia; no hubo síndrome ulceroso previo, negó ictericia y alteraciones de tránsito intestinal bajo.

A la exploración se le encontró T.A. de 100/70 pulso 72X', temperatura 36°C. caquético sin ictericia, sin adenopatías cervicales, cardiorrespiratorio normal, abdomen en bates, se dibujaba el estómago, sin hepato-esplenomegalia, ni tumores, tacto rectal normal.

Una serie esofagogastroduodenal mostró obs- -
trucción total a nivel del píloro con un estómago -
aumentado de tamaño, retencionista.

Se practica endoscopia gástrica encontrando el
estómago dilatado, sin alteraciones de la mucosa -
gástrica excepto a nivel de la región prepilórica -
donde los pliegues tendían a unirse en una aparente
estenosis, con dificultades de observación, dada la
limitación para distender el estómago, algunas ulce-
raciones superficiales con sangrado y edema.

El reporte del cepillado y la biopsia endoscópi-
ca fué de inflamación crónica. Se somete al pacien-
te a alimentación parenteral preoperatoria por 15 -
días al término de los cuales es intervenido quirúr-
gicamente encontrándose un diafragma a nivel del -
antro gástrico que disminuye la luz del estómago, -
sin llegar a bloquearla; a nivel del duodeno, pri-
mera porción se encuentra una tumoración en anillo-
de servilleta sin adenopatías locorreionales ni -
invasión tumoral fuera del duodeno. Se realizó re-
sección de un 30% del estómago, incluyendo al dia-
fragma gástrico, resección del duodeno, del tercio-
distal del colédoco, de la cabeza del páncreas y co-
lecistectomía; realizando anastomosis yeyunopancrea-
tica término terminal en forma de telescopio, anas-

tomosis a 10 cms. de ésta del conducto biliar común con el yeyuno, posteriormente gastroyeyuno anastomosis tipo Hoffmeister.

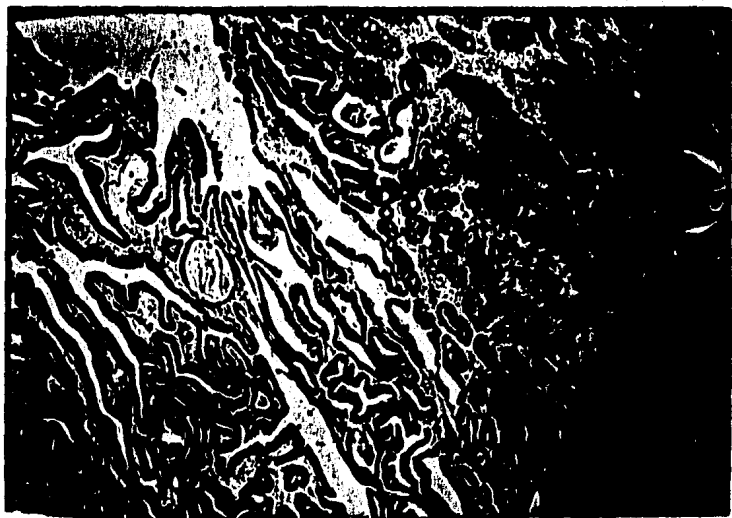
El postoperatorio cursó favorablemente, y actualmente el paciente vive y está asintomático y asintomático.



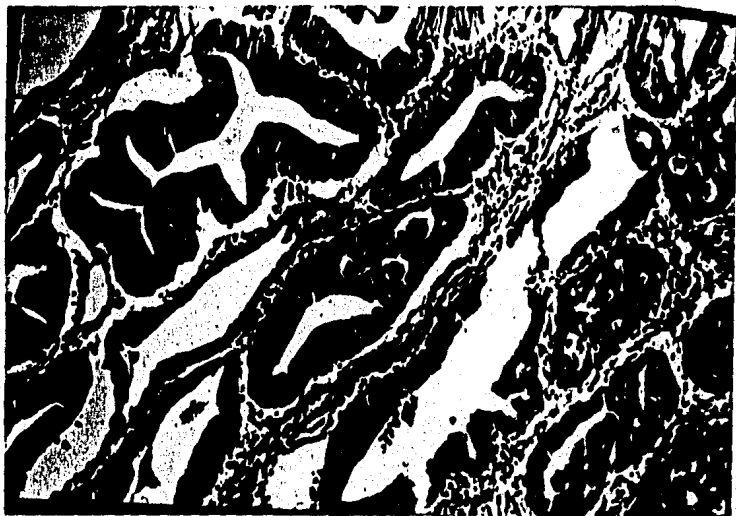
Macroscópico de la pieza quirúrgica. La que muestra a la derecha el diafragma gástrico, en la parte media el tejido tumoral de la primera porción del duodeno, y en la parte izquierda de la fotografía se -
vé un segmento de la mucosa duodenal y cabeza de -
páncreas.



Corte longitudinal de la pared gástrica con detalle del diafragma gástrico.



Panorámica del proceso tumoral de la primera porción del duodeno, visible a la derecha de la fotografía.



Detalle microscópico de estructuras glandulares neoplásicas(lado derecho) y estructuras glandulares - normales.(ángulo superior izquierdo).



Detalle histológico de transición entre epitelio -
parcialmente conservado y neoplásico.

C A S O N o . I I

Masculino de 39 años de edad, chofer, fué visto el 23 de septiembre de 1983.

Antecedentes de tumores del colon en varios miembros de su familia. Tabaquismo y alcoholismo ocasional.

Un mes antes hematemesis seguidas por varias evacuaciones melénicas de dos días de duración, baja de peso de 5 kgrs. porque se sometió a régimen dietético hipocalórico, negó antecedentes de problema peptico ó síndrome icterico.

Exploración física normal, la serie gastroduodenal fué interpretada como neoplasia del duodeno; y con tal diagnóstico se somete a cirugía el 5 de octubre de 1983, efectuandose laparatomía paramedia derecha. Encontrandose un extenso tumor que abarcaba la segunda y tercera porción del duodeno. Se efectuó duodenotomía para biopsia y se comprobó la naturaleza maligna del tumor. El páncreas era de aspecto normal. El resto de los órganos abdominales se encontraron normales. No se encontraron metastasis ganglionares, hepáticas ó peritoneales, aun cuando la grasa periduodenal se encontró dura y edematosa.

Se llevó a cabo resección pancreatoduodenal tipo Whipple, comprendiendo el antro gástrico, el arco duodenal y la cabeza del páncreas.

Posteriormente se hizo una primera anastomosis del yeyuno seccionado con el cuerpo del páncreas, - en forma de telescopio; una segunda anastomosis con el colédoco que se encontraba de calibre normal(1cm) la tercera anastomosis se hizo entre la parte del - estómago y la primera asa yeyunal(Hoffmeister). Se agregó vagotomía troncular bilateral y colecistectomía.

La evolución postoperatoria cursó con fiebre - y fistula biliar, la cual se resolvió en forma espontánea un mes después de la operación.

COMENTARIO Y DISCUSION

El cáncer duodenal representa el 0.3% de todas las neoplasias malignas del tubo digestivo. Su baja frecuencia justifica la comunicaci3n de los casos que se presentan. Algunos autores comentan grandes series, sin embargo ello representa recopilaciones bibliogr3ficas a su vez integradas por la experiencia de diversos autores.

Se puede concluir de lo encontrado en la literatura que al igual que otras neoplasias, en el cáncer duodenal es urgente su diagn3stico precoz, lo que podr3a brindar su mejor manejo curativo, situaci3n dif3cil dado lo abigarrado de los s3ntomas, que demora la visita del paciente al m3dico.

Se considera responsabilidad del cirujano general tener presente la posibilidad de su presencia para poder suponerlo y diagnosticarlo para brindarle el manejo adecuado y proporcionarle la posibilidad de que un cirujano experimentado lo trate quir3rgicamente, por la naturaleza de la lesi3n y de la t3cnica quir3rgica a efectuarse que conlleva un alto porcentaje de morbilidad.

En los dos casos presentados la evoluci3n postoperatoria fu3 satisfactoria ,ya que solamente en el segundo caso se present3 una fistula biliar ex

terna como única complicación que cerró espontáneamente.

La sintomatología es polimorfa, dependiendo de la situación del tumor y alteraciones a que conduzca.

En el primer caso el síndrome predominante fue la obstrucción intestinal alta manifestada por vómitos postprandiales que contribuyeron a la desnutrición y pérdida de peso importante que presentaba y que hizo necesario el apoyo nutricional preoperatorio, situación de consenso actual y de vital importancia para disminuir la mortalidad postoperatoria. A este paciente se le sometió a endoscopia bajo la sospecha diagnóstica de un problema neoplásico pero el diagnóstico no se pudo precisar dado la distensión del estómago y la presencia del tumor obstructivo mas allá del píloro.

En el segundo paciente la sintomatología predominante fue el sangrado de tubo digestivo sin síndrome ulceroso previo, únicamente dolor postprandial epigástrico de seis meses de evolución. El diagnóstico se realizó en base al estudio radiográfico baritado. Se llevó a cirugía bajo el diagnóstico correcto y se le realizó también la operación de Whipple que en éste caso se incluyó vagotomía.

El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de cáncer duodenal con bordes quirúrgicos libre de tumor, sin embargo se reportó extensión del tumor hasta la serosa.

Actualmente el paciente se encuentra en buenas condiciones a cuatro meses de operado y ha ganado peso.

Comparativamente con la literatura, los casos los casos presentados correspondieron al sexo masculino, (la literatura reporta 1.2 a 1 con predominancia femenina). La edad de presentación fue menor en nuestros pacientes, 39 y 50 años. Se reporta que la mayoría de los casos ocurren entre los 60 y 80 años de edad, pero se han reportado casos en pacientes más jóvenes que los nuestros.

Los síntomas, signos y terapéutica empleada fueron similares a lo descrito en la literatura. En relación al pronóstico se considera favorable para el primer caso y se reserva a la evolución en el segundo ya que tenía involucradas todas las paredes intestinales. Se considera la conveniencia de quimioterapia adyuvante.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Alwmark, Anderson, Lason.
Primary Carcinoma of the Duodenum
Ann Surg. 1980; 191:13

- 2.- Cortese, Cornell.
Carcinoma of the Duodenum
Cancer 1972; 29:1010

- 3.- Edman.
Duodenal Cancer
Acta Chir Scand 1973; 139 : 759

- 4.- Goel, Diodolkar, Elias.
Primary malignant tumors of the small intestine
Surgery, Gynecology, Obstetrics 1976; 143:717

- 5.- Kerremans, Lerut, Freddy
Primary malignant duodenal tumors
Ann Surg 1979; 190:179.

- 6.- Laufer
Assessment of the occurance of double contrast-
gastroduodenal radiology
Gastroenterology 1976; 71:874.

- 7.- Laufer, Mullens, Hamilton.
The diagnostic accuracy of barium studies of-
the stomach and duodenum
Radiology 1975; 115:569.
- 8.- Marshak, Milano, Lindner
Primary adenocarcinoma of the duodenum
Am. J. Gastroenterol 1975; 63:498
- 9.- Mittal, Bodzin
Primary Malignant tumors of the small Bowel
The American Journal of Surgery 1980;140:396
- 10.- Satake, Sowan, Yamashita
Carcinoma of the duodenum
Br. J. Surg. 1975; 62:973.
- 11.- Shaker, Ware.
Carcinoma of the duodenum comparison of surgery
radioterapy and chemotherapy
Br. J. Surg. 1973;60:867.
- 12.- Shukla, Elias
Primary tumors of the small Bowel
The American Journal of Surgery 1975;130:749

13.- Spira, Ghabi, Wolff.

Primary adenocarcinoma of the duodenum.
Cancer, 1977;39:1721.

14.- Swift, Smith, Douglas.

Dual primary adenocarcinoma of the duodenum
and jejunum in a patient with previous colonic
cancers.

Postgraduate Medical Journal 1980;662:871

15.- Treadwell, White.

Primary tumors of the small bowel.

The American Journal of Surgery 1975;130:749

16.- Wilson, Melvin, Gray

Primary Malignancies of the small bowel
Ann. Surg. 1974; 180:175.