

ASPECTOS RADIOLÓGICOS DUODENALES EN LOS AMPULOMAS VATERIANOS (*)

Servicio de Radiodiagnóstico.
Clínica Puerta de Hierro. MADRID.

Dres.: *M. Hernández-Mora Pérez,*
L. Ramos González,
P. Sáiz Santana,
M. Illanas Sanz y
J. Marcos López.

Basándonos en los 12 ampulomas que hemos tenido ocasión de estudiar en Clínica Puerta de Hierro en las primeras 130.000 historias, queremos comentar los hallazgos que aparecen en el estudio radiológico, con bario, del marco duodenal.

Consideramos que los signos a que dan lugar, debidamente valorados, nos permiten poder llegar en unos casos a un diagnóstico adecuado y, en otros, cuando menos, al planteamiento de un diagnóstico diferencial entre tumores del área perivateriana y cálculos enclavados en papila.

El estudio convencional con bario es suficiente en la mayoría de los casos, pero debe realizarse sistemáticamente una duodenografía hipotónica, pues aunque en muchas ocasiones no mejore la calidad de las imágenes obtenidas con el estudio convencional, sí es necesaria su realización ante imágenes dudosas y siempre como confirmación de las mismas.

Los datos radiológicos en los que basamos el diagnóstico de estos procesos son los siguientes:

1.º Defecto de replección causado por el tumor.

2.º Retracción de pliegues duodenales producido por el mismo. Estos signos pueden aparecer por separado, sin embargo, lo más frecuente es que aparezcan simultáneamente.

(*) Comunicación VII Reunión Sociedad Andaluza Patología Digestiva. Jaén, diciembre, 1976.

3.º Presencia de los signos anteriores en la parte inferior del marco duodenal, por debajo de la situación teórica de la papila, y en la proximidad de la rodilla duodenal inferior. Este dato, que en nuestra casuística ha sido constante, no sólo no debe causar error en el radiólogo, sino que es precisamente donde se debe investigar las alteraciones radiológicas tanto en los ampulomas como en los cálculos enclavados en la papila.

4.º En casos evolucionados aparecerá otro dato radiológico cual es la infiltración de los pliegues en esa zona, que ya en casos muy avanzados se acompañará de destrucción de los mismos, dando lugar a imágenes radiológicas indistinguibles de un adenocarcinoma duodenal.

5.º Otro signo, indirecto, y cuya presencia si no constante, sí es frecuente, es la impronta que la vía biliar dilatada produce sobre la segunda porción duodenal, y que, paradójicamente, no guarda relación con el grado de alteraciones radiológicas provocadas por el tumor en el resto del marco duodenal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para la valoración adecuada de los signos radiológicos mencionados hemos revisado 50 carcinomas de cabeza de páncreas, 16 adenocarcinomas de duodeno, 20 de vía biliar, 19 litiasis de colédoco terminal y 2 casos de Oditis esclerosante, no encontrando jamás la unión de los tres primeros signos mencionados anteriormente.

Por ello, consideramos:

1.º Es posible sugerir el diagnóstico de ampuloma cuando nos encontramos con pliegues estirados y defecto de replección, y ambos signos, en la proximidad de la rodilla duodenal inferior.

2.º Cuando sólo exista defecto de replección, no es posible diferenciar los tumores de la papila de procesos inflamatorio-edematosos de la misma, siendo más frecuente que dicho defecto de replección sea debido a un cálculo enclavado.

3.º Cuando por ser ampulomas muy evolucionados aparezcan además infiltración y destrucción de pliegues, el proceso será indistinguible de un adenocarcinoma duodenal.

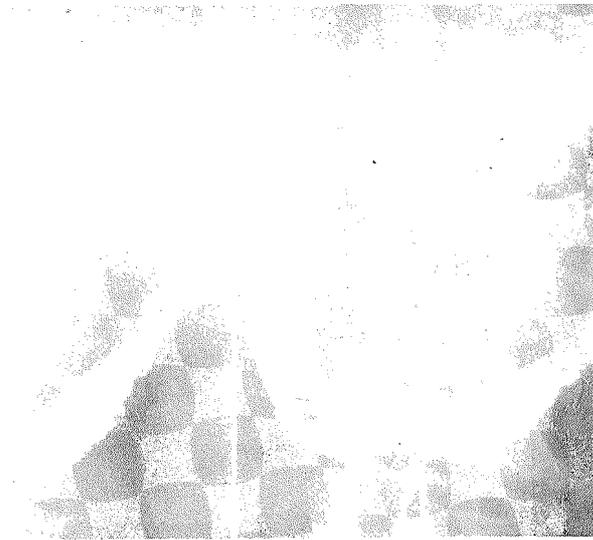


Fig. 1.—Retracción de pliegues en la segunda porción duodenal.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100



Fig. 2.—Impronta nodular interna, próxima a la segunda rodilla duodenal.

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129