

"TUMORES DEL INTESTINO DELGADO"

(Estudio de 54 Casos reportados en el Hospital General San
Juan de Dios, en el periodo 1950-70;
Revisión Retrospectiva)

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos

Por

HAYDEE GUISELA RAMIREZ YELA

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

I N D I C E

- I. INTRODUCCION
- II. MATERIAL Y METODOS
- III. REVISION ESTADISTICA
- IV. DISCUSION
- V. CONCLUSION
- VI. BIBLIOGRAFIA

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

Los tumores del intestino delgado forman parte de un reducido número de lesiones neoplásicas poco frecuentes, la variedad de síntomas que presentan, hacen difícil el diagnóstico oportuno, de tal suerte que en las estadísticas de la literatura mundial solamente en muy pocos casos se pudo sospechar el diagnóstico pre-operatorio correcto.

En el presente estudio retrospectivo de los casos presentados en el Hospital General San Juan de Dios, que comprende el período del primero de enero de 1950 al treinta y uno de diciembre de 1976; se analizarán cada tumor en particular, según su anatomía patológica, ya que los síntomas son similares para todos ellos.

TUMORES BENIGNOS:

Leiomiomas: La mucosa intestinal se distiende sobre estos tumores sólidos y con frecuencia se ulcera, provocando hemorragia gastrointestinal moderada o grave que puede conducir a la muerte del paciente.

Macroscópicamente se parecen a los fibromas pueden tener cualquier tamaño, desde muy pequeños a voluminosos; son duros, o al menos de consistencia firme bien encapsulado o pseudo-encapsulado y de fácil extracción. La superficie de corte presenta un tejido fibroso de aspecto arremolinado siendo frecuentes los cambios degenerativos tales como: Degeneración hialina y mucoide; quística, grasa y en ocasiones calcificaciones. Los leiomiomas se hallan constituidos por fibras de tejido muscular liso. Estos tumores presentan com

Hemangiomas: Es una neoformación de vasos sanguíneos, aunque raros son de difícil identificación por métodos radiográficos, ya que cuando sangran bruscamente se colapsan, de tal manera que el estudio radiológico no muestra defecto de llenado del intestino. Está bien demostrado que algunas variantes de esta entidad son hereditarias y que el apareamiento de un hemangioma en la piel, o mucosas sugiera la existencia de un hemangioma intestinal. En este tumor el método diagnóstico que puede ser de más ayuda es la angiografía mesentérica; en ella se ve el tumor y la pérdida de material de contraste hacia la luz intestinal. Pueden ser únicos o múltiples. La complicación más frecuente es la hemorragia.

Lipomas: Son más frecuentes que los leiomiomas en el intestino delgado, es un tumor compuesto de grasa de consistencia blanda, circunscrito, lobulado y encapsulado, móvil y rara vez se halla fijo a cualquiera de las estructuras histológicas de la pared intestinal.

Posee las características de las neoplasias benignas, es decir, de crecer y expandirse. Se encuentran típicamente en la edad adulta, aunque pueden crecer lentamente durante muchos años. La complicación más frecuente de estos tumores es la obstrucción intestinal.

Pólipos: La mayoría de los pólipos del intestino delgado, por lo general, son hamartomas y se han estudiado a fondo como parte del síndrome de Peutz-Jergher, el cual consiste en el apareamiento de pecas pigmentadas en la mucosa de la boca y alrededor de la misma; en los pulpejos de los dedos de los pies y manos, pero se desvanecen al llegar a la pubertad. Las máculas pigmentadas de los labios, las encías y la lengua

persisten durante toda la vida. El reconocer las "pecas" del síndrome de Peutz-Jergher puede esclarecer el diagnóstico de pacientes con hemorragia intestinal de etiología oscura, u obstrucción por pólipos hamartomatosos del intestino delgado.

TUMORES MALIGNOS:

Los tumores malignos del intestino delgado son raros y representan el cinco por ciento de todas las neoplasias del tracto gastrointestinal.

El primer caso reportado en la literatura es el de un carcinoma duodenal descrito por Hanburger en 1746.

Estas neoplasias son más frecuentes en hombres que en mujeres. La mayor incidencia por edad se registra entre la cuarta a sexta década.

En las neoplasias malignas del intestino delgado, los síntomas independientes del tipo histológico de tumor son similares y como siguen:

1. Dolor abdominal epigástrico o periumbilical;
2. Pérdida de peso;
3. Hemorragia;
4. Obstrucción intestinal;
5. Ictericia;
6. Intususcepción;
7. Perforación;
8. Masa abdominal.

Estos síntomas son nombrados en orden de frecuencia salvo el último (masa abdominal), que su incidencia es mayor.

La no especificidad de los síntomas, su naturaleza crónica y la dificultad para examinar radiográficamente el intestino delgado, retardan el diagnóstico. Los tumores malignos son sintomáticos en 90% de pacientes y el 75% de todos los tumores sintomáticos del intestino delgado en general son de naturaleza maligna.

Una masa abdominal palpable se encuentran en el 40% de los tumores malignos y su hallazgo en pacientes sintomáticos casi siempre indica neoplasia maligna y usualmente mal pronóstico.

La intususcepción en el adulto es más frecuente causada por un tumor benigno que maligno.

La extensión directa al intestino delgado por carcinoma de estómago, páncreas, intestino grueso; así como depósitos metastáticos de adenocarcinomas, carcinoma epidermoide, células transicionales y melanoma, ocurre en un alto porcentaje de pacientes.

Adenocarcinoma: Es el tumor maligno sintomático del intestino delgado más frecuente.

Su localización predilecta es en el duodeno y yeyuno; y en el duodeno usualmente es periampular. Su crecimiento es en la mucosa y forman masas polipoides en el lumen del intestino; constricciones anulares infiltrativas o ambas.

La demostración de un tumor en la mucosa del intestino delgado, es característica de lesión

nes malignas primarias, pero pueden también ser vistas en lesiones metastáticas con sitios primarios en otros órganos, tales como: Estómago, colon, ovario, páncreas. La mayoría de los adenocarcinomas son bien diferenciados con epitelio columnar que produce moco formando estructuras acinares. Los carcinomas pobremente diferenciados ocasionalmente pueden ser difíciles de distinguir de linfomas anaplásticos, aunque el moco puede ser demostrado usando tinciones especiales.

Los adenocarcinomas tienden a dar metástasis a ganglios linfáticos regionales e hígado. La carcinomatosis peritoneal también ocurre y es más común que las metástasis a pulmones o huesos. La mayoría de pacientes tienen metástasis al momento de hacer el diagnóstico.

La localización más frecuente es el intestino proximal (duodeno, yeyuno o ileo) mencionados en orden de frecuencia.

La única posibilidad de curación es la cirugía, incluyendo duodenotomía pancreática para lesiones periampulares, pero la mortalidad es alta y la supervivencia permanece aun lúgubre.

Se ha encontrado una asociación entre enteritis regional y adenocarcinoma del intestino delgado, en esta asociación, el sistema inmune parece ser un agente importante en la defensa del huésped contra el cáncer. Se ha dicho que un estado espontáneo de inmunodeficiencia se encuentra en 10 de cada mil habitantes. Esto es importante ya que el tratamiento médico de la enteritis regional es con esteroides y su acción inmuno supresora es bien conocida. En animales de experimentación que están bajo efectos de inmunosupresores durante largo tiempo, la incidencia de neoplasia aumenta. En Estados latrogénicos de inmunodeficiencia

en humanos los estados cancerosos se encuentran en número desproporcionado en gente joven. El número de casos disponibles para análisis es poco para dar un juicio final. El criterio que puede ser usado es el de que la inflamación crónica del intestino delgado juega algún papel en la génesis de los adenocarcinomas en esta estructura anatómica.

En relación con este tema se supone que la inflamación crónica del intestino delgado es el que actúa para producir la malignización de la lesión.

La poliposis de estómago e intestino delgado en pacientes con poliposis múltiple intestinal, es poco común. La incidencia exacta se desconoce, sin embargo, se ha descubierto una asociación entre esta entidad y adenocarcinoma del intestino delgado lo cual justifica un estudio del tracto gastrointestinal alto en pacientes que presentan poliposis intestinal.

Carcinoide: Es el más estudiado de los tumores del intestino delgado, su interés radica en la facultad de estas neoplasias de secretar una variedad de sustancias bioquímicas (Histamina, Serotonina, ACTH), dando lugar a un síndrome llamado Carcinoide; el cual es dramático con sus síntomas característicos: Disnea, bochorno, broncoespasmo, y problemas cardíacos. Este síndrome solo ocurre en el 10% de los pacientes con tumor carcinoide y usualmente en pacientes con metástasis del hígado.

La mayoría de estos pacientes tienen historia de síntomas de tumores del intestino delgado. Los tumores carcinoides en su mayoría son pequeños, el diámetro medio es de 1 a 3 centímetros, histológicamente, las células tienden a tener núcleos ovales y citoplasma granular eosinófilo, cantidades pequeñas de mucina son vistas con frecuencia y un es

troma amiloide es poco frecuente, aunque el pleomorfismo nuclear es poco frecuente es constante en tumores grandes.

El aspecto macroscópico es característico: Nódulos fibrosos de coloración amarilla que crecen hasta formar placas que se proyectan a la capa muscular y serosa del intestino.

El origen de estas neoplasias se encuentra en las células argentafines de las criptas de Lieberkuhn y crecen como bloques o cordones de pequeñas células polihédricas estrechamente unidas. A menudo los carcinoides son múltiples y su diseminación se acompaña de fibrosis de los tejidos vecinos, de tal manera que la ulceración de la mucosa junto con la reacción inflamatoria que comprime la luz intestinal pueden producir los síntomas. Son tumores que aparecen en la edad media, su frecuencia es mayor en los hombres que en las mujeres.

La obstrucción es producida por adherencias del intestino contra la respuesta fibrótica que el tumor produce. La intususcepción y la hemorragia son complicaciones raras.

En el intestino delgado el noventa por ciento de los tumores carcinoide aparecen en el Ileón.

Todos los tumores carcinoides deben ser considerados como malignos. Las metástasis se encuentran en más del 90% de los pacientes con tumores sintomáticos, la incidencia de metástasis está relacionada con el tamaño del tumor. Menores de 1 centímetro raramente dan metástasis.

Los tumores carcinoides con diseminación múltiple se encuentran en el 30% de los casos y están relacionados con otros tumores malignos del tracto gas

trointestinal en un 17 a 53% de los casos.

El tratamiento consiste en resección - del segmento intestinal, incluyendo los módulos linfáticos mesentéricos regionales. Este es el tratamiento de elección. La resección también puede incluir una hemicolectomía derecha para los tumores - del Ileon terminal. Los tumores crecen lentamente, la resección debe ser amplia en casos de metástasis hepáticas.

Este tratamiento puede tener una sobrevivida de 5 años, de un 25% de los casos. La sobrevivida total oscila de 50-70% de los casos en los cuales se efectuó resección en pacientes sin metástasis.

La irradiación y quimioterapia pueden ofrecer paliación en los casos en los cuales no se puede efectuar resección. Los tumores carcinoides - del Ileon terminal difieren en su apariencia histológica y microscópica, así como en su comportamiento clínico de los tumores del intestino medio.

Linfomas: En aproximadamente el 5% de los pacientes con linfomas, la primera manifestación ocurre - en el intestino delgado y el 20% de linfomas se manifiestan de esta forma en los niños.

En los niños su localización mas frecuente es en el Ileon y puede ser polipoide, ulcerado, constrictivo, o aneurismático, durante este estado, pólipos linfomatosos múltiples pueden ser encontrados en todo el tracto gastrointestinal.

Histológicamente el linfoma más frecuente en el adulto es el histiocítico, mientras que en los niños es el linfocítico bien diferenciado. En

el 50% de los pacientes a los que se les practica intervención quirúrgica, los nódulos linfáticos se encuentran incluidos, el pronóstico pobre está en relación con tumores grandes, ulcerados, de origen multicéntricos y con participación ganglionar.

Se ha descrito mala absorción en asociación con linfomas del intestino delgado, esta complicación es rara y no hay una opinión unánime de cual es la causa que la provoca, ya que el linfoma no afecta el intestino en forma difusa y en algunos casos solo los nódulos mesentéricos están tomados.

La atrofia vellosa ocurre en áreas del intestino delgado no incluidos por el linfoma y ésta podría ser la causa de la mala absorción o bien el bloqueo linfático producido por el mismo.

Una asociación igualmente interesante, es el desarrollo de linfoma en pacientes con enfermedad Celíaca de larga duración.

Una forma de linfoma, peculiar, hallada en el medio oriente, que tiene una distribución étnica y de sexo particular ha sido definida como linfoma del mediterráneo. Es marcado por un infiltrado difuso del tracto gastrointestinal de células plasmáticas, con linfoma localizado a duodeno y yeyuno proximal.

Una asociación que ha sido mencionada es la que se relaciona con hiperplasia modular linfoides del intestino con linfoma de células reticulares primario del intestino delgado. Esta asociación no ha sido bien documentada.

La cirugía es el tratamiento de elección - seguido de radioterapia o quimioterapia, si no puede ser quitado el tumor en su totalidad, o los nódulos -

linfáticos están tomados.

Una sobrevivencia de cinco años ha sido reportada en el 12-48% de los casos.

Leiomiomasarcomas: Aproximadamente el 60% de los tumores de músculo liso del intestino delgado, son malignos. Su localización más frecuente es en yeyuno o Ileon, en este último lugar su malignidad es mayor.

Aparecen en la capa muscular de la pared intestinal y son más frecuentemente subserosos o exoentéricos; sin embargo pueden crecer hacia la luz intestinal. Toman una forma ovoide o redonda y con frecuencia tienen una área central ulcerada, que causa una incidencia alta de hemorragia intestinal.

Desde el punto de vista histológico los tumores con una actividad mitótica lenta o baja son considerados como benignos, inversamente un alto índice mitótico a pesar de su apariencia celular, se comporta como malignos. Desafortunadamente muchos tumores con apariencia histológica benigna con poca o ninguna mitosis dan metástasis, de allí que todos los tumores de músculo liso grandes, deben ser considerados como potencialmente malignos.

Los leiomiomas atípicos o leiomioblastomas tienen una localización más frecuente en estómago pero también pueden encontrarse en el intestino delgado y en esta área, se comportan como leiomiomasarcomas.

Estos tumores son de crecimiento lento y aun en la resección paliativa los resultados son buenos.

Las metástasis son por vía sanguínea, de manera que la resección amplia que incluye nódulos -

linfáticos no ofrece garantías. La sobrevivencia depende de la exactitud del diagnóstico histológico. Se ha reportado una sobrevivencia de 5 años para el 50% de los casos.

TRATAMIENTO:

En esta parte trataremos el tratamiento tanto para los tumores benignos como para los malignos.

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección para los tumores benignos.

Para los tumores malignos la resección intestinal amplia es el tratamiento de elección, esta resección incluye los nódulos linfáticos. En adenocarcinoma del duodeno es requerida una Pancreatoduodenectomía radical y usualmente una hemicolectomía derecha; cuando el carcinoma primario se encuentra en el Ileon distal.

Los adenocarcinomas no responden a la quimioterapia. Los adenocarcinomas, carcinoides y leiomiomasarcomas son radio resistentes. Desafortunadamente la mayor parte de tumores del intestino delgado ya han dado metástasis en el momento en que se establece el diagnóstico y esta circunstancia es la responsable en la mayoría de los casos del pronóstico malo de estas lesiones.

REVISION ESTADISTICA

En esta segunda parte del trabajo presentado, se establece la revisión estadística de los casos de tumores del intestino delgado, encontrados durante el período del 1o. de enero de 1950 al 31 de diciembre de 1976, en el Hospital General San Juan de Dios, de la ciudad de Guatemala.

Para el efecto se revisaron los reportes de anatomía patológica del Departamento de Patología del Hospital General San Juan de Dios.

Encontrándose un total de 34 casos de tumores del intestino delgado.

Los datos en los cuales se basa el estudio corresponden únicamente a los informes de anatomía patológica de los archivos del Departamento; no fueron revisadas las papeletas o historias clínicas ya que por el desastre nacional no se pudo hacer uso de los archivos del Hospital.

Todos los casos aquí reportados corresponden a piezas quirúrgicas, no se tomaron en cuenta los hallazgos de autopsias clínicas.

Fueron anotados y estudiados los siguientes datos:

- | | |
|-------------|--------------------------------|
| 1. Raza | 5. Tiempo de Evolución |
| 2. Edad | 6. Diagnóstico pre-operatorio. |
| 3. Sexo | 7. Diagnóstico post-operatorio |
| 4. Síntomas | 8. Diagnóstico de Patología |

Se sacaron los porcentajes de cada uno de los datos y la forma en que son presentados, es de mayor a menor incidencia.

CUADRO No.1

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

ESTUDIO DE 34 CASOS

DISTRIBUCION ETARIA

EDAD	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
0 a 10 años	4	1.1 %
11 a 20 años	3	1.1 %
21 a 30 años	4	1.1 %
31 a 40 años	5	1.46%
41 a 50 años	6	1.76%
51 a 60 años	7	
61 a 70 años	3	
71 a 80 años	3	
81 a 90 años	0	

Este cuadro nos demuestra que la mayor incidencia de neoplasias del intestino delgado se encuentra en las edades de 40 a 60 años, lo cual está de acuerdo con las estadísticas mundiales.

CUADRO No. 2

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

ESTUDIO DE 34 CASOS

DISTRIBUCION POR RAZAS

GRUPO SOCIO-ECONOMICO	No.de Casos	PORCENTAJE
Ladinos	29	85 %
Indigenas	5	14.5 %

En este cuadro se tomaron en cuenta los dos grupos socio-económicos mayoritarios de nuestro país, la mayor incidencia se encontró en Ladinos, la cual es significativa sobre el grupo Indígena. Esto puede ser explicado por las diferencias culturales que hacen que el Indígena busque menos la ayuda de servicios hospitalarios y por la circunstancia que este grupo vive en áreas rurales del país, donde la asistencia médica es pobre.

CUADRO No. 3

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

ESTUDIO DE 34 CASOS

DISTRIBUCION POR SEXOS

SEXO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Masculino	17	50 %
Femenino	17	50%

Esta distribución nos indica que en nuestro país, por lo menos en los casos estudiados la incidencia es igual para ambos sexos. Este dato difiere del reportado por autores internacionales, en los cuales reportan que la mayor incidencia, es en el sexo masculino.

CUADRO No. 4

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

ESTUDIO DE 34 CASOS

SINTOMAS

SINTOMA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Dolor fosa ilíaca derecha	9	14.7 %
Pérdida de peso	5	14.7 %
Ictericia	4	11.4 %
Masa abdominal	6	17.2 %
Dolor abdominal generalizado	12	35.2 %
Distensión abdominal	8	22.3 %
Vómitos	3	8.6 %
Dolor mesogástrico	3	8.6 %

CUADRO No. 5

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

ESTUDIO DE 34 CASOS

TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS SINTOMAS

Mínimo	2 días
Máximo	7 años
Ignorado	4 casos
Promedio	3 años 6 meses

El tiempo de evolución de los síntomas, está de acuerdo con lo delineado por otros autores para las neoplasias del intestino delgado.

Un tiempo de evolución corto va paralelo -- con las complicaciones, como invaginación intestinal, u - obstrucción intestinal que llevan al paciente a ser inter- venido quirúrgicamente de emergencia, mostrando como ha- llazgo incidental la neoplasia. El tiempo de evolución - largo nos muestra también que estas neoplasias pueden cur- sar como entidades crónicas.

En el estudio presente, encontramos que el- tiempo de evolución fue ignorado en cuatro de los casos y el promedio de tiempo de evolución fue de 3 años 6 meses.

CUADRO No. 6

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

ESTUDIO DE 34 CASOS

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO

DIAGNOSTICO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Invaginación intestinal	3	8.6 %
Carcinoma intestino delgado	3	8.6 %
Carcinoma vías biliares	2	5.7 %
Ignorado	2	5.7 %
Apendicitis aguda	2	5.7 %
Linfosarcoma	2	5.7 %
Carcinoma de Ciego	2	5.7 %
Colecistitis aguda	1	2.8 %
Colelitiasis	1	2.8 %
Neoplasia prepilórica	1	2.8 %
Hernia inguinal	1	2.8 %
Anexitis aguda	1	2.8 %
Vólvulos intestinal	1	2.8 %
Hernia umbilical	1	2.8 %

DIAGNOSTICO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Ileitis	1	2.8 %
Tumor del ovario	1	2.8 %
Quiste del uraco	1	2.8 %
Pólipos intestino delgado	1	2.8 %
Fístula enterocutanea	1	2.8 %
Carcinoma gástrico	1	2.8 %
Ileitis ulcerosa tífica	1	2.8 %
Fibroma intestino delgado	1	2.8 %
Carcinoma del páncreas	1	2.8 %
Carcinoma de Ciego	1	2.8 %
Colecistitis crónica calculosa	1	2.8 %

En este cuadro podemos observar que en ningún caso se hizo el diagnóstico pre-operatorio correcto, con excepción de dos. Lo anterior, probablemente se deba por un lado a que los tumores del intestino delgado, por su rareza nunca se piensa en ellos, y por el otro a la circunstancia de lo pleomórfico de su sintomatología y presentación clínica.

En el cuadro No.7, se muestra el diagnóstico post-operatorio.

CUADRO No. 7

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

ESTUDIO DE 34 CASOS

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO

DIAGNOSTICO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Colecistitis aguda	3	8.6 %
Carcinoma del duodeno	3	8.6 %
Invaginación intestinal	3	8.6 %
Quiste del mesenterio	2	5.7 %
Carcinoma de ampolla de Vater	2	5.7 %
Linfosarcoma	3	8.6 %
Cirrosis hepática	1	2.8 %
Mioma del duodeno	1	2.8 %
Masa de ampolla de Vater	1	2.8 %
Caquexia por tuberculosis	1	2.8 %
Hernia inguinal	1	2.8 %
Carcinoma de boca anastomótica	1	2.8 %
Ovarios poliquísticos	1	2.8 %
Apendicitis aguda	1	2.8 %

DIAGNOSTICO NUMERO DE CASOS PORCENTAJE

Pólipo del Ileon	1	2.8 %
Carcinoma pre-pilórico	1	2.8 %
Ileitis	1	2.8 %
Divértículo de Meckel	1	2.8 %
Sarcoma mesentérico	1	2.8 %
Pólipos intestinales	1	2.8 %
Fístula de duodeno a colon	1	2.8 %
Carcinoma gástrico	1	2.8 %
Quiste mucoide	1	2.8 %
Ileitis ulcerosa tífica	1	2.8 %

Es interesante observar que a pesar de la laparatomía exploradora efectuada a estos pacientes, solo en pocas excepciones se hizo el diagnóstico correcto.

En todos los pacientes se hizo tratamiento quirúrgico con fines curativos.

El diagnóstico anatómico final se muestra en el Cuadro No.8.

CUADRO No. 8

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

ESTUDIO DE 34 CASOS

DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA

DIAGNOSTICO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Linfosarcoma	7	20.0 %
Adenocarcinoma del ye yuno	5	14.3 %
Adenocarcinoma del duodeno	4	11.4 %
Leiomioma	4	11.4 %
Reticulosarcoma	3	8.6 %
Carcinoide	2	5.7 %
Adenoma de Glándulas de Brunner	1	2.8 %
Quiste del intestino delgado	1	2.8 %
Mucocele diverticular	1	2.8 %
Lipoma submucoso	1	2.8 %
Leiomiosarcoma	1	2.8 %
Quiste mucoide	1	2.8 %

Los cuadros numerados del cinco al siete, muestran la disparidad que existe entre el diagnóstico de los tumores del intestino delgado; mostrándonos de esta forma, que casi nunca se hace el diagnóstico correcto antes de efectuar la intervención quirúrgica, siendo en su mayoría intervenciones efectuadas por otras causas. Las neoplasias del intestino delgado son en su mayoría hallazgos incidentales.

En relación con el pronóstico, podemos afirmar que los 10 pacientes con neoplasmas malignos del sistema retículo endotelial (7 linfomas y reticulosarcomas), así como las 9 pacientes con adenocarcinomas y el paciente con leiomasarcoma, fallecieron antes de un año a partir del establecimiento del diagnóstico. Los pacientes con lesiones benignas, fueron dados de alta como curados y no se volvió a saber de ellos.

Los dos pacientes con diagnóstico de carcinoide se encuentran aparentemente sanos.

DISCUSION:

Es notorio de que a pesar de que el intestino delgado representa el 75% de la longitud del tracto gastrointestinal y más del 90% de la superficie mucosa, en esta área anatómica solamente se origina el 3 al 6 % de los neoplasmas del aparato digestivo y aproximadamente un 1% de los tumores malignos de los órganos de la economía.

Nuestro estudio confirma lo informado por otros investigadores de que los tumores del intestino delgado, tanto benignos como malignos, son más frecuentes en la edad adulta, siendo la sexta década de la vida la más frecuentemente afectada. A diferencia de otras series en nuestra casuística, hubo igual distribución por sexo; pero en otras latitudes estos tumores tienen predilección por el sexo masculino (6, 15, 16, 20).

En relación con el cuadro clínico las manifestaciones son variables en este de lesiones. En nuestro estudio y en el de otros investigadores los más comunes fueron dolor abdominal, pérdida de peso, masa abdominal palpable, náuseas y vómitos (6,15,16, 20). Dorman (6) menciona que la triada diagnóstica de importancia particular para sospechar el diagnóstico, eran dolor tipo cólico abdominal, pérdida de peso y "masa palpable". Sin embargo podríamos afirmar basados en la experiencia de nuestros casos que lo afirmado por Dorman es cierto, pero que la presencia de esta triada sintomática conlleva un pronóstico sombrío por lo avanzado de la enfermedad. La pérdida de peso y una masa palpable sirven para distinguir las lesiones benignas de las malignas. Las lesiones de la región o en la ampolla de Vater, producen ictericia frecuentemente. De lo anteriormente expuesto y de --

acuerdo con nuestra experiencia podemos afirmar que más de un 90% de los tumores del intestino delgado producen síntomas, pero que el diagnóstico usualmente se hace tardíamente y en forma pre-operatoria incorrecta.

Debemos recordar que ayudan a establecer el diagnóstico pre-operatorio los Rayos X del intestino delgado. Así por ejemplo Silberman y col (22) reportan que el diagnóstico pre-operatorio en su serie fue mayor del 50 %. En la serie del Hospital John Hop Kinx se hizo el diagnóstico en 14 de 19 estudios (7).

Good ha identificado varios patrones radiográficos en estudios radiológicos con bario del intestino delgado como sigue: Defectos de llenado local en la columna de bario pueden ser:

- 1.- Intraluminales,
- 2.- Ulceración,
- 3.- Intramurales.

Los defectos de llenado intramural más comúnmente, son ocasionados por pólipos adenomatosos, aun que los leiomiomas pedunculados pueden hacerlo. Las ulceraciones de la mucosa a menudo son causados por adenocarcinomas o linfomas. Las lesiones que se originan intramuralmente tales como linfomas o sarcomas, pueden crecer o empujar la mucosa, pero ésta permanece intacta. En contraste tales lesiones creciendo afuera de la pared intestinal muy raramente, producen obstrucción pero sí una masa palpable (10).

En relación con el tipo histológico de neoplasmas, no hubo diferencias entre las encontradas por nosotros y lo informado en otras latitudes (6,9,12,14, 18).

En relación con la etiología, pueden afirmar que se desconoce cual es la causa o causas que producen los neoplasmas del intestino delgado (21).

Los adenomas vellosos del intestino delgado parece que tienen alguna relación con el carcinoma como sucede en el colon (14,23). En una revisión de la literatura llevada a cabo en la clínica de Cleveland se recolectaron 27 casos de adenomas vellosos del intestino delgado. De estos 27, 20 eran lesiones duodenales de las cuales cinco tenían un adenocarcinoma invasivo, 2 carcinomas focales y 1 carcinoma in-situ. En 7 adenomas vellosos, dos tenían carcinoma y un caso en "Carcinoma superficial" (14).

No se ha establecido una relación entre la enfermedad inflamatoria y neoplasmas malignos del intestino delgado, aunque reportes recientes indican que si existe (3,4,18,22,26). Se han reportado 25 casos de adenocarcinoma del colon complicando la enteritis regional crónica, 9 de éstos tumores ocurrieron en segmentos de intestino delgado previamente aislados por enfermedad de Crohn. Steiger y Tyers (23,27) puntualizan que los adenocarcinomas originados en ileitis regional ocurren a una edad más temprana (promedio de 42, 9 años) su distribución es paralela a la de la enteritis regional (69 % en el ileon y el pronóstico es grave; ningún superviviente a los 5 años).

Una alta incidencia de tumores primarios adicionales ocurren en pacientes con tumores del intestino delgado. Reyes y Talley (18) informan de una incidencia de neoplasmas primarios secundarios fuera del intestino delgado en 17.7 % comparado con 0.33 %, notado en la población promedio. En esta serie de 62 pacientes, once tenían 13 neoplasmas primarios incluyendo 3 carcinomas basocelulares. Neoplasmas prima-

rios secundarios se observaron en 10 de 60, en 12 pacientes de 61 pacientes; y en 6 de 47 pacientes, en las series informadas por Dorman (6), Ostermiller (16) y Stranch (26) respectivamente. El tratamiento curativo para las lesiones malignas conlleva resección amplia con el mesenterio adyacente. En la serie de McPeak (13) las lesiones duodenales requirieron pancreático-duodenectomía y hemicolectomía derecha para las lesiones ileales distales.

El uso de radioterapia como tratamiento coadyuvante en los linfomas varía. Sternlieb (25) lo recomienda; Weayer lo pone en duda en aquellos pacientes en que el tumor se halla limitado al intestino con ganglios negativos (29). Pacientes que tienen un carcinoide metastático parece que se benefician reduciendo las masas neoplásicas del tumor primario y el metastático. Brooker reporta un 33 %, 5 años de sobrevida después de cirugía paliativa (2).

El pronóstico para pacientes con adenocarcinoma del intestino delgado es oscuro, los 5 años de sobrevida oscilan entre 16.4 a 31 %, (2,7,15,19).

En nuestra serie ningún paciente con adenocarcinoma vivió más de 1 año. Para los linfomas en otras latitudes oscila entre 31 y 40 % (13,15). Tampoco en este tipo de tumor hubo ningún sobreviviente en nuestra serie. En relación con los leiomiomasarcomas, Pagtalunan (17) informa 48 % de sobrevida en los leiomiomasarcomas. En nuestra serie solo un paciente ha sobrevivido por más de 5 años, el resto murió dentro de los primeros dos años después de haberse hecho el diagnóstico.

CONCLUSIONES:

1. Que a pesar de que el intestino delgado representa el 75 % de la longitud total del tracto gastrointestinal y más del 90 % de la superficie mucosa del mismo, solo del 3 al 6 % de los neoplasmas del tubo digestivo se origina en esta área anatómica.
2. Los neoplasmas del intestino delgado son los menos frecuentes de todo el tubo gastrointestinal en todo el orbe, siendo precedido por otros, cuya incidencia varía según las diferentes latitudes del orbe.
3. En general puede decirse que la incidencia del 1 % de los Neoplasmas Malignos, del intestino delgado en nuestro medio, es similar a las de otras áreas anatómicas como por ejemplo: Tiroides.
4. Nuestro estudio confirma lo informado por otros autores de que los neoplasmas malignos del intestino delgado son más frecuentes en la edad adulta, teniendo predilección por el sexo masculino.
5. En los neoplasmas malignos del intestino delgado la sintomatología es variable, siendo puntos cardinales en el diagnóstico del mismo, la presencia de la triada preconizada por Dorman, como lo son dolor abdominal tipo cólico, pérdida de peso y masa palpable. Desafortunadamente éstos son signos avanzados de la enfermedad que usualmente su presencia ofrece poca esperanza curativa para el paciente.
6. Según nuestra experiencia y la de otros investigadores en las neoplasmas malignos del intestino delgado, el diagnóstico se hace tardíamente y en forma incorrecta.
7. Se puede afirmar que los estudios radiológicos son de gran ayuda en establecer el diagnóstico.
8. En relación con el tipo histológico las lesiones encontradas por nosotros son iguales en frecuencia a lo informado en otras latitudes.
9. Se desconoce cual o cuales son las causas que predisponen al desarrollo de neoplasmas malignos del intestino delgado. Se han incriminado como responsables a los adenomas vellosos del intestino delgado, la poliposis familiar, la enteritis regional crónica o enfermedad de Crohn.
10. El tratamiento curativo de los neoplasmas malignos del intestino delgado es la resección quirúrgica amplia con el mesenterio adyacente. El uso de radioterapia únicamente está indicado en los linfomas, aunque algunos autores ponen en tela de juicio su eficacia.
11. El pronóstico para los neoplasmas malignos del intestino delgado es sombrío, siendo tal vez mejor los linfomas que para los adenocarcinomas.
12. En nuestra serie solo un paciente con un leiomioma sobrevivió por más de 5 años. El resto de pacientes con neoplasmas malignos diversos murió en los primeros dos años después de haberse hecho el diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA:

1. Bone, G. and Wright, N.A.:
The rarity of small bowel tumors: An alternative hypothesis.
The Lancet 1: 618. 1973. Letters to the Editor.
2. Brookes, V.S. and Waterhouse, J.A. H.:
Malignant lesions of the samall intestine.
Brit. J. Surg. 55: 405, 1968.
3. Brown, N.; Weinstein, V.A. and Janowitz, H.F.:
Carcinoma of the ileum after 25 bypass for regio
nal enteritis.
Mt. Sinai J. Med. N.Y. 37: 675, 1970.
4. Bruni, H.; Lilly, J.; Newman, W. and Mchardy, G:
Small bowel carcinoma as a complication of regio
nal enteritis.
South Med. J. 64: 577, 1971.
5. Cohen, A.; McNeill, D.; Terz, J.J. and Lawrence,
W.Jr.:
Neoplasms of the small intestine.
Am. J. Diges. Dis. 16: 815, 1971.

6. Dorman, J.E.; Floyd, E. and Cohn, I.:
Malignant neoplasms of the small bowel.
Am. J. Surg. 113: 131, 1967.
7. Ebert, P. and Zuidema, G. D.:
Primary tumors of the small intestine.
Arch. of Surg. 91: 452, 1965.
8. Editorial:
Small bowel tumors.
Brit. Med. J. 115, 1975.
9. Ginsburg, L. D.:
Eccentric polyposis of the small bowel.
Radiology 116: 561, 1975.
10. Good, A. C.:
Tumors of the small intestine.
Am. J. Roentgenol. 89: 685, 1963.
11. Kiriakos, M.:
Malignant tumors of the small intestine.
J.A.M.A. 229: 700, 1974

12. Kohn, L.B. and Novis, B.H.:

Nodular lymphoid hyperplasia of the small bowel associated with primary small bowel reticulum-cell sarcoma.

Cancer 33: 837, 1974.

13. McPeack, C.J.:

Malignant tumors of the small intestine.

Am. J. Surg. 114: 402, 1967.

14. Meyers, S. and Feinman, L.:

Free perforation complicating adenocarcinoma of the jejunum.

Dig. Dis. 19: 850, 1974.

15. Mir-Madjlessi, S.; Farmer, R.G. and Hawk, W.A.:

Willous tumors of the duodenum and jejunum: Report of four cases and review of the literature.

Am. J. Dig. Dis. 18: 463, 1973.

16. Ostermiller, W.; Joergenson, E.J. and Weibel, L.:

A clinical review of tumors of the small intestine

Am. J. Surg. 11: 403, 1966.

17. Pagtalunan, R.J.G.; Mayo, C.W. and Deckerty, M.B.:

Primary malignant tumors of the small intestine.

Am. J. Surg. 108: 13, 1964.

18. Reyes, E.L. and Talley, R. W.:

Primary malignant tumors of the small intestine.

Am. J. Gastroenterol. 54: 30, 1970.

19. Rha, C.; Klein, N. C. and Wilson, J.M., Jr.:

Adenocarcinoma of the ileum with coexisting regional enteritis.

Arch. Surg. 102: 630, 1971.

20. Ross, J.E. and Mara, J. E.:

Small bowel polyps and carcinoma in multiple intestinal polyps and carcinoma in multiple intestinal polyposis.

Arch. Surg. 108: 736, 1974.

21. Sethi, G. and Hardin, C.A.:

Primary malignant tumors of the small bowel.

Arch. Surg. 98: 659, 1969.

22. Silberman, H.; Crichlow, R.C. and Caplan, H.S.:

Neoplasms of the small bowel.

Ann. of Surg. 180: 157, 1974

23. Steiger, E. and Dudrick, S.J.:

Adenocarcinoma with regional enteritis (correspondence)

New Engl. J. Med. 283: 875, 1970.

24. Steinberg, L.S. and Shieber, W.:

Villous adenomas of the small intestine.

Surgery 71: 423, 1972.

25. Sternlieb, P.; Mills, M. and Bellamy, J.:

Hodgkin disease of the small bowel.

Am. J. Med. 31: 304, 1961.

26. Stranch, G. D.:

Small bowel neoplasms: Elusive source of abdominal symptoms.

Surgery 55: 240, 1964.

27. Tyers, G. F. D.; Steiger, E. and Dudrick, S.J.:

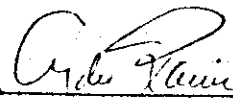
Adenocarcinomas of the small intestine and other malignant tumors complicating regional enteritis.

Ann. Surg. 169: 510, 1969.

28. Wilson, J.M.; Melvin, D.B.; Gray, G.F. and Thorbjarnarson, B.:

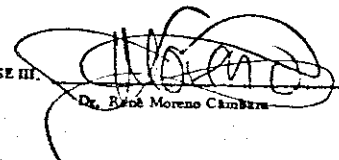
Primary malignancies of the small bowel: A report of 96 cases and review of the literature.

Ann. Surg. 186: 175, 1974.

BR. 
Aydee Ramirez Yela

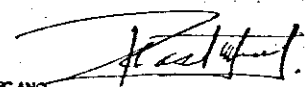
ASESOR: 
Dr. Hector Federico Castro M.

REVISOR: 
Dr. Carlos Raúl Arriaga Escobar

DIRECTOR DE FASE III: 
Dr. René Moreno Cámara

SECRETARIO GENERAL: 
Dr. Julio Alcides Castillo Rodas

Vo. Bo.

DECANO: 
Dr. Rolando Castillo Montalvo

Artes Gráficas
Facultad de CC.M.M.
8-1-75, 500-c.
FVR.