

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the Universidad de San Carlos de Guatemala is a large circular emblem in the background. It features a central figure on horseback, likely a conquistador, holding a staff. Above the figure is a crown. To the left is a castle tower, and to the right is a lion. The seal is surrounded by Latin text: "CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA" at the top and "CETERAS ORBIS COACTEM" at the bottom. A banner across the middle reads "PLURIBUS IN TERRIS".

"TUMORES DEL INTESTINO DELGADO"
(Estudio retrospectivo en los hospitales Roosevelt,
General San Juan de Dios, General del I.G.S.S., e
I.N.C.A.N. — del 1o. de Enero de 1960 al
31 de Diciembre de 1979)

CARLOS ENRIQUE DIAZ ESPINOZA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1980

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. OBJETIVOS
- IV. HIPOTESIS
- V. MATERIAL Y METODO
- VI. RECURSOS
- VII. ANALISIS ESTADISTICOS
- VIII. CONSIDERACIONES GENERALES
- IX. PRESENTACION DE RESULTADOS
- X. RECHAZO DE LA HIPOTESIS
- XI. CONCLUSIONES
- XII. RECOMENDACIONES
- XIII. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

La presente investigación es un estudio retrospectivo de los casos de Tumores del Intestino Delgado (benignos y malignos) que se presentaron en los Hospitales General "San Juan de Dios" General del I.G.S.S., Incan, Roosevelt, en el período comprendido del 1o. de enero de 1960 al 31 de diciembre de 1979, tomando como base el diagnóstico de Anatomía Patológica. Para el efecto se revisaron registros de Anatomía Patológica y expedientes clínicos de los Servicios de Salud anteriormente citados. El objeto de la investigación es obtener resultados que estén acorde a nuestra realidad nacional por el período de tiempo abarcado y por incluirse los principales hospitales de los Servicios de Salud.

II. ANTECEDENTES

En el año de 1978 se reporta un trabajo de tesis presentado a la Facultad de Ciencias Médicas de la U.S.A.C. por la Dra. Haydé Ramírez Yela, de Tumores del Intestino Delgado, estando limitado al Hospital General "San Juan de Dios", durante el período de 1950 a 1976 reportando dicho estudio 34 casos. La edad más afectada fue la comprendida entre la cuarta y sexta décadas, la raza más afectada la Ladina, ambos sexos fueron afectados por igual y el tumor más frecuente y de mal pronóstico fue el Linfossarcoma.

III. OBJETIVOS

1. Determinar la incidencia de Neoplasias del intestino delgado en los principales hospitales de los servicios de salud.
2. Determinar el Diagnóstico histológico más frecuente en estas neoplasias.
3. Aportar un estudio que sirva de base para investigaciones posteriores.
4. Determinar la fisiopatología de los signos y síntomas que se presentan en dichos pacientes.
5. Determinar algunos aspectos en el manejo del paciente que inciden en su pronóstico.
6. Determinar la distribución de la enfermedad con respecto a raza, sexo, edad, ocupación, procedencia, métodos de diagnóstico, tipo histológico, localización y tratamiento.

IV. HIPOTESIS

La incidencia de tumores del intestino delgado en el Hospital General "San Juan de Dios" y Hospital General del I.G.S. S. es igual a la del Hospital Roosevelt e I.N.C.A.N. en el mismo período de tiempo estudiado.

V. MATERIAL Y METODO

El estudio es retrospectivo, tomándose como material los reportes de Anatomía Patológica y expedientes clínicos revisados en los hospitales anteriormente citados. Se usó el Método Deductivo, mediante la revisión estadística de los reportes de Anatomía Patológica y expedientes clínicos durante el período comprendido del primero de enero de 1960 al 31 de diciembre de 1979, para el efecto se revisaron los siguientes datos:

1. Raza
2. Edad
3. Sexo
4. Procedencia
5. Ocupación
6. Signos y Síntomas
7. Tiempo de Evolución
8. Métodos Diagnósticos
9. Diagnóstico Pre y Post-Operatorio
10. Diagnóstico Histológico
11. Localización Anatómica
12. Condición

VI. RECURSOS

HUMANOS:

Médico Revisor del trabajo, Médico Asesor, Personal administrativo de los Deptos. de Archivo de los hospitales a investigarse, personal de los Deptos. de Patología y Bibliotecólogos.

NO HUMANOS:

Libro de reportes de anatomía patológica (Quirúrgicas) de los hospitales estudiados.

Expedientes clínicos de los pacientes afectados.

Bibliotecas del I.N.C.A.P., U.S.A.C. y Hospital Roosevelt.

VII. ANALISIS ESTADISTICOS

Se hizo una revisión estadística sacándose porcentajes de las variables a estudiar y se presentan de mayor a menor incidencia.

VIII. CONSIDERACIONES GENERALES

Los tumores del intestino delgado son relativamente raros y acontecen en sólo 1 a 7 por ciento de los tumores gastrointestinales (2), no obstante el intestino delgado tiene el 75 por ciento del largo del tracto gastrointestinal.

Los tumores malignos se presentan por solo 1 al 5 por ciento de todas las malignidades del tubo digestivo, constituyendo aproximadamente el 0.3 por ciento de todas las neoplasias del cuerpo humano (6).

Por presentar sintomatología variada e inespecífica hacen que su diagnóstico temprano sea sumamente difícil, lo que empeora el pronóstico de los mismos.

TUMORES BENIGNOS

1. Leiomioma
2. Pólipos o Adenomas
3. Linfangioma
4. Lipoma

LEIOMIOMA: Tienen su origen en la muscularis mucosae o en una de las capas del músculo liso, crecen hacia la luz intestinal o hacia la serosa.

Aunque los tumores del músculo liso están entre las neoplasias

sias comunes del intestino delgado, sólo 76 casos fueron vistos en la cirugía en 40 años en la clínica Mayo.

Las características presentes en los tumores del músculo liso del intestino delgado son la melena y dolor abdominal, aunque el sangrado gastrointestinal puede ocurrir en el 80 por ciento de los casos y ocurren más frecuentemente en mujeres (2), usualmente, entre la quinta y la sexta década.

Las neoplasias Leiomiomas están generalmente bien circunscritas y tiene una extensa red de vasos, nutrido por arterias, grandes venas prominentes de desagüe y buen llenado vascular durante la fase capilar.

Arriba del 80 por ciento, ocurren con igual frecuencia en el Yeyuno e Ileón y el restante 20 por ciento en el Duodeno, raramente en apéndice y Divertículo de Meckel (2).

Histológicamente las células presentan grado variable de anaplasia, que va de elementos que guardan semejanza con las células de músculo liso hasta mostrar pleomorfismo citoplásmico y muchas y notables imágenes de mitosis. Se observa estroma difuso escaso en ocasiones destacándose en exceso por el nombre de Fibroleiomioma (20).

POLIPOS Y ADENOMAS: Es el más común de los tumores benignos y pueden ser simples o múltiples, sésil o pediculado y casi siempre en situación intraluminal (9).

Proceden del epitelio glandular (1) y se presentan de tres formas:

1) Adenoma Pediculado

2) Adenoma Velloso o Sésil (el más frecuente)

3) El cuadro Heredo-familiar en el cual hay abundantes pólipos esparcidos en todo el intestino.

Este último, guarda relación con el Síndrome de Peutz-Jeghers, el cual se caracteriza sobre todo por pólipos en su mayoría en el intestino delgado concomitantes con pigmentación de melanina de la mucosa bucal, labios y dedos (20). Actualmente se asocia con la penetración incompleta de un gene (3).

LINFANGIOMA: Es el equivalente linfático del hemangioma. Se divide en:

1) Linfangioma Simple (capilar). Histológicamente consisten en una red de espacios linfáticos revestidos de endotelio.

2) Linfangioma Cavernoso; (Higroma Quístico). Histológicamente están constituidos por espacios quísticos muy dilatados, revestidos de células endoteliales y separadas por escaso estroma de tejido conectivo (20).

LIPOMA: Macroscópicamente es una masa de límites imprecisos, cápsula delgada, blanda y multilobular de tejido adiposo adulto. Histológicamente se observan células vacuoladas características, perceptible sólo por el delgado borde de las membrana celular que las separa de las vecinas. El estroma intercelular de tejido conectivo suele ser escaso y la vascularización no es muy rica (20), la complicación más frecuente de estos tumores es la obstrucción intestinal.

TUMORES MALIGNOS

- 1) Linfomas
- 2) Adenocarcinoma
- 3) Leiomioma
- 4) Carcinoide

LINFOMAS: Es usualmente una enfermedad generalizada, pero puede estar confinada a una estructura orgánica en el 10 por ciento de los casos y de este porcentaje pueden originarse en el tracto gastrointestinal entre el 10 al 20 por ciento.

Esta neoplasia es una de las más frecuentes del intestino delgado. Puede ocurrir en el tejido linfático intestinal como sitio primario.

Suelen convertirse en masas voluminosas que se presentan inicialmente como formaciones submucosas, irregulares, blandas y grises nacidas aparentemente en las placas linfoides, pueden causar úlceras de la mucosa, invasión subserosa y por último, propagación al mesenterio y ganglios mesentéricos (9) (20).

Los linfomas malignos adaptan el tipo infiltrativo o la forma anular estenosante, a veces con crecimiento intraluminal de aspecto fungiforme con masas polipoides (9). Se clasifican en: 1) Linfoma Linfocítico bien diferenciado, 2) Linfoma Linfocítico poco diferenciado, 3) Linfoma de Células madres (incluyendo al de Burkitt).

1-a) La acumulación celular está formada por pequeños linfocitos uniformes, el cuadro puede ser difuso o nodular.

2-b) La acumulación celular está formada por linfocitos pequeños, medianos y grandes, muchos de los cuales parecen linfocitos, el cuadro puede ser difuso o nodular.

3-c) Masa de células madres primitivas reticulares, contienen núcleos redondos u ovales, uniformes, con cromatina dividida en pequeños nucleolos, citoplasma más abundante que en las células y linfomas linfocíticos. Característicos de algunos linfomas de célula madre son los histiocitos voluminosos dispersos con citoplasma pálido abundante. Contra el fondo oscuro de las células madres, estas grandes células pálidas crean el aspecto del llamado cielo Estrellado, al principio se creía característico del Linfoma de Burkitt, pero puede ocurrir en cualquier forma de Linfoma de Célula madre.

4) Linfoma Histiocítico (Sarcoma de Células del Retículo): Formado por histiocitos (macrófago) que varían de formas poco diferenciadas con poco citoplasma hasta células más diferenciadas con citoplasma abundante (20).

5) Linfoma del Mediterráneo: Se distribuye frecuentemente en el medio Oriente, tiene distribución étnica y sexo particular. Se caracteriza por un infiltrado difuso del Tracto Gastrointestinal de células plasmáticas con Linfoma localizado a Duodeno y Yeyuno proximal.

La complicación más frecuente es la perforación, luego se ha descrito Síndrome de Mala Absorción. 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.

Se ha asociado también con enfermedad Celíaca, su localización más frecuente es el Iléon.

Histológicamente el linfoma más frecuente en el adulto es el Histiocítico, mientras que en los niños es el Linfocítico bien diferenciado.

ADENOCARCINOMA: Es el tumor maligno más común del intestino delgado (19). Es más frecuente en hombres, de raza caucásica, la edad promedio 57.5 años.

El sitio de origen del tumor se distribuye así: Duodeno, Yeyuno, Iléon (17).

Su crecimiento es en la mucosa y forman masas polipoides en el Lumen Intestinal, constricciones anulares infiltrativas o ambas. La mayoría de los adenocarcinomas son bien diferenciados con epitelio columnar que producen moco formando estructuras acinares.

Los sitios más frecuentes de metástasis son: 1) Hígado, 2) Carcinomatosis Peritoneal Difusa (17).

Se ha reportado Enteritis Regional en asociación con adenocarcinoma, se supone que la inflamación crónica del Intestino Delgado es la que produce la malignización. El sistema inmune es un agente importante en la defensa del huésped contra el cáncer (18). La Poliposis del Intestino Delgado se ha encontrado en asociación con esta patología.

LEIOMIOSARCOMA: Se presenta como una masa polipoidea intraluminal o como tumor infiltrativo (9).

Histológicamente las células presentan grado variable de A-

naplasia que va desde elementos que guardan semejanza con células de músculo liso hasta los que muestran pleomorfismo citoplasmático y abundante Mitosis (20).

La sobrevivencia de los pacientes con esta neoplasia varió de 6 meses a 8 años después del diagnóstico. Puede presentarse masa abdominal en aproximadamente la mitad de estos pacientes y presentar también perforación (19).

CARCINOIDE: Lubarsch en 1888 fue el primero que describió el tumor Carcinoide, Opendorfer en 1907 fue el primero de introducir el término Carcinoide (19).

La mayor parte ocurre en Apéndice 60%, Intestino Delgado 25%, Recto y Estómago 2 a 5 %. Los aspectos más importantes son: Capacidad para secretar diversas Catecolaminas especialmente Serotonina (5Hidroxi Triptamina) y la diferencia en cuanto a su comportamiento biológico entre los carcinoides apendiculares y los del intestino mismo.

Se originan en las células Cromaffin de las Criptas de Lieberkuhn. Histológicamente la lesión comprende pequeños nidos, franjas o masas de células epiteliales regulares cúbicas o poliédricas que ocasionalmente adoptan aspecto glandular. A pesar del aspecto benigno, invade la submucosa y la muscular; en localizaciones extra apendiculares invade la pared del intestino y se extiende al Mesenterio y tejido fibroso vecino (20).

Síndrome Carcinoide se presenta cuando hay metástasis al hígado, consiste en episodios de broncoconstricción, síntomas vasomotores y enfermedad valvular derecha del corazón. Un producto de degradación el Ácido 5 hidroxiindolacético se recupera en la orina de los pacientes.

El tumor es asintomático pero puede ocurrir intususcepción, sangre oculta en heces y ulceración de la mucosa (14).

SIGNOS Y SINTOMAS:

El inicio de los síntomas es insidioso, la duración de los mismos varía de 6 a 7 meses del inicio al diagnóstico. Esto ha sido sugestivo que la duración de los síntomas anterior del diagnóstico será relacionado al sitio de la neoplasia (cuando la lesión es distal causará largo período de síntomas).

El orden de frecuencia de los mismos según estudios revisados (17) (21) (6) (10) fueron:

- 1) Dolor abdominal: Al principio vago y no específico, causado por obstrucción progresiva del Intestino Delgado.
- 2) Obstrucción Intestinal: Se ha tomado como la evidencia de malignidad más característica. Se cree que es mayor en adenocarcinoma que en otras neoplasias a causa de la constricción anular.
- 3) Pérdida de peso
- 4) Sangrado profuso y sangre oculta
- 5) Masa abdominal
- 6) Perforación del tumor
- 7) Síndrome carcinoide
- 8) Ictericia

DIAGNOSTICO:

El error al obtener los estudios del intestino delgado es causa frecuente en retardar el diagnóstico, el cual es dificultoso notablemente, puede fallar en el 25 al 50% de los casos. La serie gastroduodenal falla usualmente para demostrar la lesión. Serie gastrointestinal completa se menciona como un estudio útil.

Biopsia por endoscopia pre operatoria.

Angiografía Mesentérica especialmente en Leiomiomas.

Exploración abdominal.

Evaluación urinaria del ácido 5 Hidroxiindolacético para el tumor carcinoide.

Examen cuidadoso de la piel y mucosas para buscar áreas de pigmentación en el síndrome de Peutz-Jegers (17) (3) (21).

Muchos factores tienden a retardar en diagnóstico: vaguedad de la sintomatología temprana.

Falta de vigilancia médica para esta entidad rara relativamente.

Ausencia de hallazgos físicos.

Falta de efectividad en los métodos diagnósticos incluyendo radiografía de contraste.

TRATAMIENTO:

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección para los tumores benignos. Para los tumores malignos la resección intestinal amplia incluyendo nódulos linfáticos es el tratamiento de elección. El adenocarcinoma se requiere Pancreatoduodenectomía Radical y Hemicolectomía derecha generalmente cuando se encuentra en ileon distal. Los adenocarcinomas son resistentes a quimioterapia y radioterapia. Carcinoide y Leiomiosarcomas son radio-resistentes; los Linfomas son sensibles a la quimioterapia y radioterapia.

Cuando el paciente viene a operarse presentan ya metástasis por lo que hacen que su pronóstico sea malo.

IX. PRESENTACION DE RESULTADOS

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR RAZAS

GRUPO SOCIO ECONOMICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
LADINA	30	90.90
INDIGENA	3	9.09

Para nuestro estudio se tomó en cuenta los 2 grupos socioeconómicos que representan la mayoría de nuestra población. Se encontró mayor incidencia en ladinos, la cual es bastante significativa sobre el grupo indígena. Esto puede explicarse de acuerdo al patrón cultural del segundo grupo, el que busca menos la asistencia de los servicios de salud y porque regularmente se encuentran viviendo en áreas rurales lejos de los mismos.

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

CUADRO No. 2

EDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
0 - 10	8	24
11 - 20	3	9
21 - 30	4	12
31 - 40	4	12
41 - 50	5	15
51 - 60	5	15
61 - 70	3	9
71 - 80	1	3
81 - 90	0	0
91 - 100	0	0

La mayor evidencia se encontró en la primera década de la vida. Son 8 casos de los cuales 7 casos fueron de Linfomas y 1 Lingangioma. Contrario a lo que se ha reportado en la literatura mundial que es de la cuarta a la sexta década donde se encuentra la mayor incidencia de neoplasias del Intestino Delgado.

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

CUADRO No. 3

SEXO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	21	63.63
FEMENINO	12	36.36

La mayor incidencia se encontró en el sexo masculino, lo cual está de acuerdo con los datos reportados en la literatura mundial.

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

CUADRO No. 4

PROCEDENCIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
ESTA CAPITAL	19	57.57
DEPARTAMENTALES	14	42.42

Para los 2 parámetros tomados en cuenta en este cuadro, la mayor incidencia se encontró en pacientes residentes en esta capital. De los pacientes departamentales, 11 fueron piezas quirúrgicas enviadas por los hospitales respectivos. Tres pacientes departamentales estuvieron internados en un centro asistencial de esta ciudad para su diagnóstico y tratamiento.

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

CUADRO No. 5

OCUPACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
OFICIOS DOMESTICOS	8	24
INFANTE	7	21
IGNORADO	5	15
OBRERO	3	9
OFICINISTA	3	9
JORNALERO	2	6
ESCOLAR	2	6
COMERCIANTE	1	3
PILOTO AUTOMOVILISTA	1	3
VENDEDOR	1	3

De los pacientes estudiados, la ocupación que se encontró con mayor incidencia fue oficios domésticos, ya que el sexo femenino en este estudio fueron 12 casos.

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

CUADRO No. 6

SIGNOS Y SINTOMAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
DISTENSION ABDOMINAL	17	51
SIGNOS DE IRRITACION		
PERITONEAL	13	39
DOLOR ABDOMINAL DIFUSO	13	39
MASA PALPABLE	12	36
NAUSEA Y VOMITOS	12	36
CAMBIOS EN LOS HABITOS		
DE DEFECAR	11	33
ANOREXIA	10	30
DOLOR COLICO FOSA ILIA- CA DERECHA	9	27
DOLOR EPIGASTRICO Y ME- SOGASTRICO	9	27
PALIDEZ	6	18
MELENA	6	18
ENTERORRAGIA	3	9
ICTERICIA	3	9
LINFADENOPATIA	3	9
FLATULENCIA	3	9

En la revisión efectuada se encontró que la mayoría de pa-
cientes presentó Ileo mecánico dinámico (obstrucción-oclusión in-

testinal según Ginliano Alfredo en su Clínica y Terapéutica Qui-
rúrgica), por lo que la mayor incidencia de síntomas fueron dis-
tensión abdominal, signos de irritación peritoneal, dolor abdo-
minal, vómitos, etc.

Masa palpable se encontró en 12 casos, el resto sintomatolo-
gía variada e inespecífica.

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

CUADRO No. 7

TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS SINTOMAS	
MINIMO	20 horas
MAXIMO	8 años
IGNORADO	11 casos
PROMEDIO	4 años

Se encontró un tiempo de evolución mínimo de los síntomas
de 20 horas y un máximo de 8 años; estos datos están de acuerdo
a los presentados en la literatura mundial. Un tiempo de evolu-
ción corto va de acuerdo a las complicaciones como Ileo Mecá-
nico Dinámico, invaginación intestinal, que llevan al paciente
a ser intervenido quirúrgicamente de urgencia, encontrando la
neoplasia como hallazgo incidental. Tiempo de evolución lar-
go nos muestra que también estas neoplasias pueden cursar en
forma crónica. El tiempo de evolución se ignoró en 11 casos
por no estar en ficha clínica ni anatomía patológica. El prome-
dio de tiempo de evolución fue de 4 años.

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

CUADRO No. 8

METODOS DE DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
IGNORADOS	16	48
PLACA DE ABDOMEN	12	36
HEMATOLOGIA	12	36
SERIE GASTRODUODENAL	9	27
FROTE PERIFERICO-MEDULA OSEA	7	21
ENEMA DE BARIO	6	18
INVESTIGACION SANGRE OCULTA EN HECES	5	15
PIELOGRAMA I.V.	4	12
PROCTOSIGMOIDOSCOPIA	4	12
SERIE GASTROINTESTINAL	3	9
BILIRRUBINAS	2	6
BIOPSIA	1	3
AORTOGRAMA	1	3

La placa de abdomen simple demostró en 7 casos, signos radiológicos de Ileo Mecánico, en 2 casos se sospechó masa intra-abdominal y 2 casos fueron reportados como normal.

En lo que respecta al cuadro hematológico, 12 pacientes presentaron valores de hemoglobina y hematocrito bajos, a 5 pacientes se les demostró anemia por frote periférico, siendo la mayoría

microcítica hipocrómica.

De los estudios radiográficos con material de contraste que se hicieron en número de 22, enema, pielograma, serie gastro-duodenal y serie gastrointestinal, 7 estudios sugirieron desplazamiento, angulaciones, invaginaciones, compresión por probable masa, etc., 15 fueron reportados como normal.

Sangre oculta en heces fue positivo en 5 casos. Bilirrubinas se encontraron aumentadas en 2 neoplasias de duodeno.

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

CUADRO No. 9 a

DIAGNOSTICO PRE - OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
OBSTRUCCION INTESTINAL	11	33
MASA ABDOMINAL ET?	4	12
INVAGINACION INTESTI- NAL	3	9
CARCINOMA DE COLON	2	6
QUISTE OVARIO DERECHO	2	6
PERFORACION INTESTINAL	1	3
OBSTRUCCION DISTAL DEL COLEDOCO	1	3
HEPATITIS FULMINANTE	1	3
ADENOCARCINOMA	1	3
QUISTE MESENTERICO	1	3
ABSCESO CAVIDAD ABDO- MINAL	1	3
HEMORRAGIA GASTROINTES- TINAL BAJA	1	3
HERNIA UMBILICAL	1	3
IGNORADOS	2	6

El diagnóstico pre-operatorio que presentó la incidencia mayor fue obstrucción intestinal con 11 casos, esto puede explicarse debido al cuadro abdominal agudo por el que cursa el paciente pre-operatorio. Debido a la sintomatología variada e inespecífica y lo raro de las neoplasias del intestino delgado, es difícil

hacer el diagnóstico correcto. En nuestro estudio se hizo el diagnóstico pre-operatorio correcto en 2 casos. En su mayoría las neoplasias del intestino delgado son hallazgos incidentales.

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

CUADRO No. 9 b

DIAGNOSTICO POST - OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
MASA TUMORAL INT. DEL GADO	13	39
LINFOMA	6	18
CARCINOMA ILEON	2	6
ADENOCARCINOMA	2	6
POLIPO	2	6
INVAGINACION INTESTI- NAL	2	6
LEIOMIOMA	2	6
IGNORADOS	2	6
PERFORACION DE YEYUNO	1	3
TUMOR BENIGNO	1	3

El diagnóstico post-operatorio que presentó la mayor incidencia en nuestro estudio fue masa tumoral del intestino delgado en 13 casos. Es de hacerse notar que el diagnóstico post-operatorio correcto fue de 4 casos, a pesar de haberse efectuado laparotomía exploradora. El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos, además de radioterapia y quimioterapia para los

tumores sensibles a dichos procedimientos terapéuticos.

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

CUADRO No. 10

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
LINFOMAS	14	42
ADENOCARCINOMAS	9	27
LEIOMIOMA	4	12
CARCINOIDE	2	6
LEIOMIOSARCOMA	2	6
ADENOMA VELLOSO	1	3
LINFANGIOMA	1	3

En este cuadro podemos observar que la incidencia mayor corresponde a: 1) Linfoma con 14 casos distribuyéndose así: Linfoma 3, linfoma linfocítico 4, sarcoma de células reticulares 3, linfoma de Burkitt 2, linfosarcoma 2, (1 pobremente diferenciado). 2) Adenocarcinoma le sigue con 9 casos. 3) Leiomioma 4 casos (3 leiomiomas, 1 fibroliomoma =según Ginliano Alfredo en "Clínica y terapéutica quirúrgica" cita que los leiomiomas pueden sufrir transformación fibrosa por lo que se clasifican juntos=). 4) Carcinoide 2 casos. 5) Leiomiosarcoma 2 casos (1 leiomiosarcoma, 1 fibroleiomiosarcoma); 6) Adenoma vellosos 1 caso y 7) Linfangioma 1 caso.

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

CUADRO No. 11

LOCALIZACION ANATOMICA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
ILEON	24	72.72
YEYUNO	6	18.18
DUODENO	3	9

En este cuadro podemos observar que la mayor incidencia de acuerdo a la localización anatómica le corresponde al Ileon y especialmente a su porción terminal con 24 casos. La neoplasia más frecuente en esta región anatómica del intestino delgado, corresponde a los linfomas: 12 casos, adenocarcinoma con 4 casos, leiomiomas 3, leiomiosarcoma 2, carcinoide 2, linfangioma 1.

En el yeyuno se presentaron 6 casos, distribuyéndose así: Adenocarcinoma 3, linfoma 2, leiomioma 1.

En el duodeno fueron 3 casos, distribuyéndose de la siguiente manera: adenocarcinoma 2, adenoma vellosos 1.

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

CUADRO No. 12

CONDICION DE EGRESO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
MEJORADO	8	24
IGNORADO	18	54
FALLECIDO	6	18
NO MEJORADO	1	3

En 18 de los casos estudiados se ignoró la condición de egreso de los pacientes: en 11 casos sólo se vio anatomía patológica de las piezas quirúrgicas enviadas por los hospitales respectivos; en 7 casos se vio resultados de anatomía patológica por no encontrarse registros clínicos en los centros asistenciales estudiados, donde los pacientes estuvieron internados para su diagnóstico y tratamiento. A 8 pacientes se les clasificó como Mejorado a su egreso, siendo la distribución así: Adenocarcinoma 4 casos, adenoma vellosa 1 caso, linfoma 2 casos, leiomioma 1 caso.

Seis pacientes fallecieron, cuya distribución fue la siguiente: 4 linfomas, 1 leiomiosarcoma, 1 adenocarcinoma; siendo el mínimo de tiempo en fallecer 2 meses post-operatorio para linfoma; y el máximo de tiempo en fallecer fue de 3 años, siendo este un leiomiosarcoma.

Cinco pacientes fallecieron antes de 1 año post-operatorio.

No mejorado fue la condición de egreso en 1 paciente, falleciendo 1 año post-operatorio, siendo éste linfoma indiferenciado tipo Burkitt.

X. RECHAZO DE LA HIPOTESIS

La incidencia de tumores del Intestino Delgado en los hospitales General "San Juan de Dios" y General del I.G.S.S. fue menor que la del hospital Roosevelt. En el Hospital de Cance-rología (INCAN) no se reportó ningún caso en el período del tiempo estudiado.

Su distribución es la siguiente:

17 casos en el Hospital Roosevelt.

8 casos en el Hospital General "San Juan de Dios".

8 casos en el Hospital General del I.G.S.S.

XI. CONCLUSIONES

Los linfomas fueron las neoplasias del Intestino Delgado más frecuentemente reportadas con el 42 % de los casos.

El leiomioma fue el tumor benigno con mayor incidencia corespondiéndole el 12 %.

La localización anatómica para la implantación de estas neoplasias fue del 72.72 % en el ileon, especialmente su porción terminal.

De acuerdo a la edad, la mayor incidencia se encontró en la primera década de la vida.

El sexo más frecuentemente afectado fue el masculino.

La distensión abdominal fue el signo más frecuente, 51 %, seguido de dolor abdominal 39 %.

El tiempo de evolución de los síntomas varió de un máximo de 8 años a un mínimo de 20 horas siendo su promedio 4 años.

XII. RECOMENDACIONES

- 1) Si bien es cierto que la neoplasia del Intestino Delgado son poco frecuentes, se recomienda vigilancia médica hacia esta entidad ya que su diagnóstico se hace tardío en la mayor parte de casos, redundando en un mal pronóstico.
- 2) Pedir serie Gastrointestinal completa, dado que los tumorens más frecuentemente se encuentran en el Ileon.
- 3) Mejorar la clasificación de los registros clínicos.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman, S. V. y del Regato, J. A.
Cancer; Diagnosis, Treatment and Prognosis. Fourth Edition. The C. V. Mosby Company, St. Louis, 1970. p.p. 626-639.
2. Burrows F. G. et. al.
"Diagnosis of a leiomyoma of the Small Intestine by selective angiography". Br. J. Surg. 64(2): 145-6, Feb. 77.
3. Castro, H. F. et. al.
Oncología Clínica. p.p. 198-203.
4. Colbert Phillip M.
Primary Carcinoide of the Ileum and Rectum. A Simultaneous Occurrence. J.A.M.A. 236 (19): 2201-3, 8 Nov, 76.
5. Collins W. J.
Malignant Lymphoma Complicating Regional Enteritis. Case report and review of the Literature. Am. J. Gastroenterol 68(2): 177-81, Aug-77.
6. Coutsoftides T, Shibota H. R.
Primary Malignant Tumors of the Small Intestine. Dis. Colon Rectum; 22(1) 24-26 Jan-Feb 1979.
7. Davis, Christopher
Tratado de Patología Quirúrgica. Décima Edición. Ed. Interamericana S.A. de C.V. México 1975, Tomo 11 p.p. 1531-38.

8. Freund H, et al
Primary Neoplasias of the Small Bowell. Am. J. Surg. 135
(6): 757-9, Jun 78.
9. Giuliano Alfredo
Clínica y terapéutica Quirúrgica. Tercera Edición. Editor-
ial El Ateneo. Argentina 1976. p.p. 855-861.
10. Goel I. P., et al
Primary Malignant Tumors of the Small Intestine. Surg. Gyn-
ecol Obstet. 143(5): 717-9 Nov-76.
11. Ham W. Arthur
Tratado de Histología. Traducción Alberto Folch y Pi.
Sexta Edición. Editorial Interamerica S. A. de C. V. Mé-
xico 1970 p.p. 689-698.
12. Harrison et al
Medicina Interna. Traducción de Carolina Amor de Fournier
Prensa Medica Mexicana, México 1973, Tomo 11 p.p. 1671-
1672.
13. Isaacson P. et. al.
Lancet 1(807): 984-5, 6 May 78.
14. Lee M. W., et. al.
Carcinoid Tumors of the Gastrointestinal Tract. American J.
Clin. Pathol, 69(2): 208- 1-9-78.
15. Maurer H. S., et al
Malignant Lymphoma of the Small Intestine in Lultiple Fami-
ly Members; Asociation with an Inmunologie Deficiency.
Cancer 37(5): 2224-31 May-76.

16. Milles R. M. et. al.
"The Small Bowell Tumors Problem: an Assesment Based on
20 year experience with 116 cases". Am. J. Surg. 189(6):
732-40, Jun 79.
17. Morgan A. F. et. al.
Primary Adenocarcinoma of the Small Intestine. Am. J.
Surg. 134(3): 331-333, Sep-77.
18. Newman Robert D. et. al.
"Adenocarcinoma of the Small Intestine Arising in Crohn's
Disease". Cancer 36(6): 2016-9, Dic-75.
19. Rich J. D.
"Malignant Tumors of the Intestine a review of 37 cases".
Am. J. Surg. 43(7): 445-454, Jul-77.
20. Robbins, Stanley
Patología Estructural y Funcional. Trad. Alberto Folch y Pi.
Nueva Editorial Interamerica S. A. de C. V. México
1975 p.p. 154-155, 157-158, 909-912.
21. Sager George F.
"Primary Malignant Tumors of the Small Intestine". Am J.
Surg. 135(4): 601-603, 1978.
22. Selzer G, Gail Sherman et. al.
Primary Small Intestinal Lymphoms and Alpha-Heavy Chain
Disease. A Study on 43 cases from a Pathology Departament
in Israel. Israel J. Med. Sci. 15(2): 111-123, 1979.
23. Taub S. J. et al
Recurrent Intermithent Small Bowell Obstruccion Due to Car-
cinoid Tumors. J.A.M.A. 239(25) 2686-7, June 23 1978.

Br.

CARLOS ENRIQUE DIAZ ESPINOZA

Dr.

Asesor.

OSCAR FRANCO

Dr.

Revisor.

HECTOR FEDERICO CASTRO.

Dr.

Director de Fase III

JOSE CAJAS.

Dr.

Secretario

Dr. Radl A. Castillo Rodas

Vo. Bo.

Dr.

Decano.

Dr. Oscar Rolando Castillo Montalvo.