TUMOR DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE OCLUSIÓN INTESTINAL MECÁNICA ALTA

TUMOR OF THE SMALL INTESTINE AS A CAUSE OF HIGH MECHANICAL INTESTINAL OCCLUSION

*Dr. Arnaldo Montiel Roa¹, Domingo Aguilera Maidana²,
Jorge Bonnin³, Alma Masi Miranda⁴*

RESUMEN

Los tumores de intestino delgado representan menos del 3% de los tumores digestivos. Los malignos constituyen la variedad más vista siendo el adenocarcinoma el que se observa con mayor frecuencia. Asientan con mayor frecuencia en duodeno y yeyuno proximal. Pueden cursar silentes o con signos inespecíficos como dolor post prandial. Los vómitos suelen ser frecuentes. El tránsito intestinal contrastado es el método más fidedigno para evidenciar el punto de la lesión. El tratamiento siempre es quirúrgico.

Palabras clave: tumor de intestino delgado, adenocarcinoma.

SUMMARY

Small-bowel tumors account for less than 3% of digestive tumors. The malignant tumors constitute the most viewed variety being the adenocarcinoma that is observed more frequently. They settle more frequently in the proximal duodenum and jejunum. They may be silent or with nonspecific signs such as postprandial pain. Vomiting is often common. The contrasting intestinal transit is the most reliable method to show the point of the lesion. The treatment is always surgical.

Keywords: small bowel tumor, adenocarcinoma.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de intestino delgado son muy poco frecuentes. Afectan principalmente al adulto mayor de 50 años. Representan según la mayoría de las series menos del 3% de las neoplasias del aparato digestivo. Por ello el diagnóstico suele ser tardío y por lo general fortuito o generalmente en el contexto de una urgencia quirúrgica. Se localiza principalmente en duodeno distal y yeyuno proximal. La enfermedad de Crohn es el factor de riesgo más conocido y padecerla incrementa el riesgo de sufrir cáncer de intestino delgado luego de 10 años. Si presenta síntomas habitualmente debutan con episodios recurrentes de cólico abdominal de causa desconocida, crisis intermitentes de obstrucción intestinal (sobre todo sin antecedentes de cirugía previa o enfermedad intestinal) invaginación intestinal e inclusive signos de hemorragia digestiva. El método auxiliar diagnóstico que mejores resultados ha brindado es el tránsito intestinal.

En caso de los tumores sangrantes la angiografía selectiva es de valor para determinar el punto de hemorragia. El tratamiento siempre es quirúrgico, dependiendo de la ubicación topográfica puede limitarse a una simple resección segmentaria o puede extenderse a otros órganos de acuerdo a la vecindad de los mismos. Los de origen duodenal por lo general requieren una duodenopancreatectomía. El adenocarcinoma es el tipo histológico más frecuente entre los cánceres de intestino delgado. La sobrevida global en promedio es del 20%.

CASO 1

Mujer de 39 años de edad, sin antecedentes previos de relevancia; acude refiriendo dolor en epigastrio de 2 meses de evolución, de moderada intensidad tipo puntada sin irradiación posterior a la ingesta de alimentos sólidos, que ceden espontáneamente. Al cuadro se agregan 3 semanas antes del ingreso vómitos alimentarios en reiteradas oportunidades, de gran cantidad; post prandiales; con progresiva intolerancia a todo tipo de alimentos. Refiere además pérdida involuntaria de peso en las últimas semanas de aproximadamente 5 kilogramos. 72 horas antes del ingreso el cuadro se exacerba por ello acude a la consulta. Al examen físico no se constatan datos de valor. No se objetiva dolor abdominal ni masas palpables. Las náuseas y vómitos persisten por ello se instala sonda nasogástrica con débito escaso bilioso. Se solicita radiografía abdominal de pie, no se constatan niveles hidroaéreos. Se restringe vía oral. Laboratorio sin datos positivos. Se realiza endoscopia digestiva alta con progresión hasta la segunda porción duodenal donde no se constatan datos de valor salvo presencia de restos alimentarios y gastritis eritematosa. Ante ese hallazgo se solicita un tránsito gastroduodenal donde llama la atención la no progresión del contraste más allá de la cuarta porción del duodeno, con marcada dilatación de las porciones duodenales proximales y una consecuente dilatación gástrica. Por ello, en coordinación con el servicio de endoscopia se programa nueva EDA para explorar hasta 4ta porción.

1) Jefe de Servicio.

2) Cirujano de Planta.

3) Cirujano de Guardia.

4) Médico Residente de segundo año.

Servicio de Cirugía General. Hospital Central "Dr. Emilio Cubas" – Instituto de Previsión Social. Asunción. Paraguay

Autor Correspondiente: Domingo Javier Aguilera Maidana. Correo: djaguile@ips.gov.py

Artículo recibido: 5/11/17 - Artículo aceptado: 3/12/17

Figura 1. Conjunto de fotos del Caso 1.

Se realiza dicho estudio con auxilio de colonoscopio pudiendo acceder hasta el ángulo de Treitz donde puede objetivarse una lesión tumoral exofítica que ocluye toda la luz intestinal. Se toman muestras para anatomía patológica. Ante esos hallazgos se decide conducta quirúrgica. Se realiza laparotomía mediana, se realiza maniobra de Kocher. Se logra luxar duodeno y cabeza de páncreas hacia medial. Se expone la vena cava inferior. Digitalmente se logra separar totalmente la tercera porción del duodeno de sus planos posteriores. Se constata posteriormente que distal al ángulo de Treitz se localiza una tumoración dura pétreo que estenosa y obstruye toda la luz intestinal de aproximadamente 8 cm de diámetro. Con buen margen de resección proximal y distal se realiza sección segmentaria de yeyuno con anastomosis manual termino terminal yeyuno yeyunal con poliglactina 4.0 a puntos separados. Se mantiene estable afebril sin algias espontáneas. Al cuarto día post operatorio inicia líquidos vía oral con buena tolerancia. Progresó dieta y se plantea el alta en buenas condiciones al séptimo día post operatorio.

El retorno de la biopsia endoscópica informa adenoma vellosos con displasia de alto grado, mientras que la biopsia de la pieza quirúrgica informa adenocarcinoma infiltrante moderadamente diferenciado (Grado 2) de yeyuno. (T4a, N0, Mx, R0) (*Figura 1*)

CASO 2

Hombre de 59 años de edad que acude a la consulta por hiporexia de 1 mes de evolución que se acompaña de pérdida involun-

taria de 10 kg de peso en dicho tiempo; luego 15 días antes del ingreso presentó dolor en epigastrio post ingesta de alimentos tipo puntada de moderada intensidad sin irradiación, luego un día antes presenta vómitos abundantes de contenido alimentario motivo por el cual acudió a la consulta. Se instaló sonda nasogástrica con abundante débito. Se solicita radiografía de tórax donde se observaron asas delgadas dilatadas. El cuadro cede espontáneamente con medidas generales y reposo oral. Ingresa a sala, se solicita EDA donde no se constata lesión aparente. Se solicita TC de abdomen donde se observa masa indefinida en proyección de asas delgadas con dilatación proximal de asas. Al tránsito se observa duodeno y tercio proximal de yeyuno calibre aumentado con stop de contraste a 30 cm del ángulo de Treitz con imagen de copa invertida, con signos de lucha en la porción dilatada previamente mencionada, sugerente de proceso obstructivo de etiología a determinar. Ante esos hallazgos se decide laparoscopia exploradora. Se introduce un único trocar de 10 mm umbilical por donde se constatan asas delgadas proximales dilatadas con un proceso tumoral de aparente consistencia duro pétreo en yeyuno a 30 cm aproximadamente del Treitz. Sin líquido libre. Otros órganos macizos sin alteraciones. Se realiza conversión a convencional mediante laparotomía mediana supraumbilical con resección y anastomosis yeyuno yeyunal con sutura mecánica lineal. Paciente con buena evolución, inicia líquidos al tercer día. Es dado de alta al séptimo día post operatorio sin complicaciones. Retorno de anatomía patológica de la pieza operatoria adenocarcinoma infiltrante moderadamente diferenciado (Grado 2) de yeyuno. T4, Nx, Mx, R0.

Figura 2. Conjunto de fotos del Caso 2.

DISCUSIÓN

La incidencia de los tumores del intestino delgado es muy baja. El diagnóstico se complica por presentar síntomas inespecíficos generalmente. El método auxiliar que mejor resultado otorga es el tránsito intestinal contrastado.

El tratamiento gold estándar para tumores de intestino delgado es siempre la resección quirúrgica.

Ambos pacientes presentaron tumoraciones en porciones proximales del yeyuno, cercanos al ángulo de Treitz. Por ello en

ambos se han practicado resecciones segmentarias, tal como se sugiere para estos casos; con buen margen de resección y anastomosis termino terminal. Ambos dados de alta sin complicaciones.

El tumor de intestino delgado muchas veces representa un desafío diagnóstico por la localización y su inaccesibilidad a los estudios de primera mano, no obstante, debe tenerse siempre presente esta posibilidad en los casos oclusivos y pseudo oclusivos altos sobre todo sin antecedentes quirúrgicos previos.

BIBLIOGRAFIA

1. Pariente A. Tumores del intestino delgado.° *EMC-Tratado de Medicina* 2000 4(3): 1-2.
2. Saelzer F, Abedrapo M, Korn O. Tumor de intestino delgado. *Revista chilena de cirugía* 2006; 58(1): 2-3.
3. Cerrar I. Tumores del intestino delgado. *Harrison Principios de Medicina Interna* 18 Edición. 2002.
4. Bruna M, Galindo P, Roig JV, Salvador A, Ismail A, García Fadrique A. Adenocarcinoma primitivo de intestino delgado con presentación de novo. *Revista Española de Enfermedades Digestivas* 2006; 98(10): 796-7.
5. Livingston R. Tumores del Intestino Delgado. *Cirugía de Michans*. Sección IV. Cap. 42. 2004, 779 – 82.