

# Tumores del Intestino Delgado

- Dr. Jorge Ochoa  
 - Dra Ana Burghini  
 - Dr. Emilio Palazzo  
 - Dr. Daniel A. Allende

de los Servicio de Cirugía General y  
 Oncohematología del Hospital Privado de  
 Córdoba

## RESUMEN

Se presentan y analizan 21 tumores primarios del intestino delgado, tratados en el Hospital Privado, entre 1970 y 1988.

Se hace la revisión de la clínica, de los métodos diagnósticos utilizados y de la terapéutica empleada. Hubo 4 tumores benignos y 17 malignos. Hubo 3 muertes operatorias; la sobrevivida de 5 años fue para los benignos y dos tumores malignos.

Se concluye la necesidad de tener una sospecha clínica, de utilizar métodos de diagnóstico más agresivamente, de examinar el intestino delgado en todas las laparotomías, para hacer un diagnóstico más temprano de los tumores.

## TUMORES DEL INTESTINO DELGADO

Los tumores primarios del intestino delgado son poco frecuentes. Representan entre el 1 - 4 o/o de todos los tumores gastrointestinales, a pesar del tamaño del órgano, la riqueza de los tejidos y el grado de renovación celular.

Habitualmente se llega al diagnóstico en forma tardía, a causa de lo inespecífico de la clínica, el escaso número y a la relativa inaccesibilidad del intestino delgado a los métodos de diagnóstico.

El objetivo de este trabajo es revisar la clínica, los métodos de diagnóstico y la terapéutica utilizada en los tumores primarios del intestino delgado.

## MATERIAL Y METODOS

Durante el período 1970 - 1988, fueron operados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Privado Córdoba, 28 enfermos con tumores del intestino delgado; siendo 4 de ellos metastásicos, 3 de ampolla de Vater y 21 tumores primarios. Las neoplasias de ampolla de Vater, metastásicas, mesenterio y válvula ileocecal fueron excluidas del análisis.

Se revisa la presentación clínica, métodos de diagnóstico utilizados, diagnóstico preoperatorio de certeza, tratamiento y sobrevivida de los pacientes con tumores primarios del intestino delgado.

## RESULTADOS

La edad promedio para los tumores malignos fue de 60 años (límites 38 - 76) y en los benignos 30 años (límites 7 - 50). Hubo un leve predominio en el sexo femenino (12/9).

Los tumores malignos encontrados fueron 17 (8 hombres y 9 mujeres): 11 adenocarcinomas, 4 linfomas, 1 leiomioma y 1 carcinoide. Los adenocarcinomas fueron excluidos del intestino delgado proximal.

Los benignos sumaron 4 (1 hombre y 3 mujeres): 2 fibromas, 1 leiomioma y 1 adenoma en una paciente con síndrome de Peutz - Jeghers que fue sometida a enterectomías reiteradas por la aparición de nuevos adenomas.

Los síndromes clínicos se enuncian en el Cuadro 1.

Síntomas inespecíficos como dolor abdominal cólico (76o/o) y pérdida de peso (48o/o) fueron los más frecuentes.

La hemorragia digestiva alta fue el síntoma más comúnmente observado en tumores benignos (4/4).

La oclusión intestinal se observó en 38o/o (8/21) de los casos, siendo todos tumores malignos.

Tumor abdominal palpable fue registrado en 5 enfermos (24o/o), todos ellos tumores malignos.

El diagnóstico preoperatorio correcto de tumor de intestino delgado fue hecho en 7 enfermos (30o/o).

La radiografía baritada fue el método radiológico más utilizado (13/21). También se usó el colon por enema en 6 ocasiones (6/21) y la endoscopia en 7 (7/21), en las cuales se hizo diagnóstico de ulceraciones activas pero no de la etiología de las mismas en 6 ocasiones.

La arteriografía selectiva se utilizó en 1 paciente con hemorragia digestiva alta y fue de utilidad para encontrar el sitio del sangrado.

La ecografía fue usada en 5 enfermos que presentaron metástasis, tumor palpable o síndrome coledociano. No se usó TAC en la evaluación preoperatoria.

De los 21 tumores primarios operados fueron resecaos 15, aunque la resección fuese paliativa en algunos casos.

Fueron realizadas 9 enterectomías, 3 resecciones duodenales, 1 hemicolectomía derecha, 1 operación de Whipple y 1 tumorrectomía en un tumor duodenal benigno.

En 6 enfermos no pudo extirparse la lesión y se realizó gastroyeyunoanastomosis en 4, biopsia quirúrgica en 1 y enteroenteroanastomosis en 1.

Durante el postoperatorio inmediato fallecieron 3 enfermos.

No pudo realizarse un seguimiento postoperatorio completo en 6 pacientes (6/21), portadores todos de neoplasias malignas, observándose sobrevida mayor a los 5 años en todos los tumores benignos y 2 pacientes portadores de neoplasias malignas (linfoma y carcinoide respectivamente).

## DISCUSION

Los tumores del intestino delgado son raros a pesar de poseer el 90o/o de la superficie mucosa gastrointestinal (1). Son de 40 a 60 veces menos frecuentes que los tumores del colon (2).

La relativa inmunidad del intestino delgado a los tumores primarios se atribuye: 1) al contenido líquido, lo cual reduce la intensidad de exposición del intestino a los carcinógenos orales; 2) al tránsito rápido; 3) la alcalinidad; 4) la abundancia en IgA y enzimas que lo protegen de los carcinógenos orales y 5) al menor contenido de bacterias cuyo metabolismo es diferente a las del colon (3-5).

Los antecedentes hereditarios de 9 pacientes con tumores malignos se registraron. Fresko y colaboradores en una revisión de 59 casos de adenocarcinoma del intestino delgado en pacientes con enfermedad de Crohn demuestran que la aparición del carcinoma ("carcinoma de Crohn") es una complicación de la enfermedad de Crohn (4).

Igual a otras series los tumores malignos fueron más numerosos que los benignos.

Los síntomas y signos de los tumores del intestino delgado son muy vagos y a menudo se presentan varios meses o aún 1 ó 2 años antes que el diagnóstico es hecho. En la serie, síntomas inespecíficos como dolor abdominal y pérdida de peso fueron los más frecuentes.

El adenocarcinoma fue la forma anatomopatológica más frecuente, como es habitual se localizaron en el intestino proximal, tomaban todas las capas de la pared intestinal y se extendían a ganglios linfáticos y órganos vecinos o a distancia.

En el carcinoma de duodeno el 40o/o se localizan por encima de la papila, el 20o/o son peripapilares y el 40o/o restante subpapilares. Los carcinomas de yeyuno e ileon presentan usualmente una constricción anular con ulceración de la superficie mucosa y abarcan un corto segmento del intestino (6).

En la serie la oclusión intestinal se presentó en 8 pacientes, siendo todos ellos tumores malignos (adenocarcinomas y linfomas).

Los sarcomas tienen un crecimiento desde la pared intestinal hacia afuera, partiendo de la capa muscular hacia la serosa. Por lo tanto, la oclusión intestinal es una rara y tardía complicación en este tipo de tumores (6). Son tumores muy vascularizados y con tendencia a la necrosis central y ulceración, lo cual provoca hemorragia.

Los sarcomas forman a menudo masas palpables. Fraser (9) estimó que el 65o/o de los sarcomas llegan a ser palpables y solamente el 29o/o de los carcinomas. En la presente serie se encontró tumor palpable en 5 enfermos, todos ellos con tumores malignos (2 adenocarcinomas de yeyuno, 2 linfomas y 1 leiomiomasarcoma).

La hemorragia digestiva alta se presentó en 12 enfermos, 8 de ellos con tumores malignos (6 adenocarcinomas, 1 linfoma y 1 leiomiomasarcoma) y en los 4 enfermos de la serie con neoplasias benignas.

Los linfomas intestinales se presentan habitualmente como productores de oclusión intestinal, pero también es frecuente ver en estos tumores peritonitis por perforación, tumor palpable (7) o síndrome de malaabsorción que inicialmente es idéntico a la enfermedad celíaca. En la serie, no se observó peritonitis por perforación de los tumores y el síndrome de malaabsorción se presentó en 2 enfermos con linfoma y adenocarcinoma de yeyuno, respectivamente.

Entre los métodos de diagnóstico, se consideran como otros tumores (1 - 8) que la radiografía de tránsito del intestino delgado es de utilidad en el diagnóstico. La arteriografía selectiva fue utilizada en 1 ocasión y fue útil para localizar el sitio de sangrado activo. La fibroscopía es un buen método diagnóstico para tumores duodenales.

A menudo el estómago y el colon son estudiados para buscar la causa de anemia pero el intestino delgado es pasado por alto.

El tratamiento de elección para los 15 tumores resecables de la serie fue exéresis

amplia del segmento intestinal comprometido y de las adenopatías regionales. Cabe señalar que 8 de estas resecciones fueron paliativas.

El tratamiento de los tumores carcinoides es quirúrgico, aún en pacientes con síndrome carcinoide, la resección de la masa tumoral disminuye la severidad de los síntomas.

Si las metástasis son detectadas en el preoperatorio, la resección debiera ser considerada además de una amplia resección de la lesión primaria. Si las metástasis hepáticas son difusas, la lesión primaria debiera ser resecada y debería ser considerada la colocación de un catéter en la arteria hepática para infusión directa de agentes quimioterápicos (10).

En la serie se observó 1 paciente con tumor carcinoide del ileon que no presentó síndrome carcinoide, el tratamiento fue exéresis amplia de la lesión y la paciente se encuentra bien luego de 5 años de operada.

La sobrevida observada en los tumores de intestino delgado es baja, debido al estado avanzado de los tumores en el momento quirúrgico.

## CONCLUSION

Se concluye que los tumores del intestino delgado tienen una imprecisa sintomatología temprana, debiendo tenerlos presentes en la sospecha clínica; los métodos de diagnóstico deben emplearse con mayor agresividad; es importante el examen del intestino delgado en laparotomías para tratar otras patologías y eventualmente realizar laparotomías exploradoras tempranas (11) en pacientes con factores de riesgo, síntomas persistentes y aún con métodos de diagnóstico negativos, para mejorar el pronóstico de esta patología.

### CUADRO I Presentación Clínica

|                                       |       |
|---------------------------------------|-------|
| Dolor cólico . . . . .                | 16/21 |
| Pérd. de peso . . . . .               | 10/21 |
| Oclusión intestinal . . . . .         | 8/21  |
| Hemorr. digestiva alta . . . . .      | 12/21 |
| Tumor palpable . . . . .              | 5/21  |
| Malaabsorción . . . . .               | 2/21  |
| Sindr. Coledociano . . . . .          | 3/21  |
| Peritonitis por perforación . . . . . | —     |

### CUADRO II

#### Tumores de intestino delgado

|                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| <b>Primarios = 21.</b> |                             |
| <b>Benignos:</b>       |                             |
| (4)                    | Fibroma . . . . . 2         |
|                        | Leiomioma . . . . . 1       |
|                        | Adenoma . . . . . 1         |
| <b>Malignos:</b>       |                             |
| (17)                   | Adenocarcinoma . . . . . 11 |
|                        | Linfoma . . . . . 4         |
|                        | Leiomiosarcoma . . . . . 1  |
|                        | Carcinoide . . . . . 1      |

Metastásicos = 4

Tumores de la ampolla de Vater = 3

### CUADRO III

#### Cirugías realizadas

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Enterectomía . . . . .            | 9 |
| Resección duodenal . . . . .      | 3 |
| Gastroyeyunoanastomosis . . . . . | 4 |
| Enteroenteroanastomosis . . . . . | 1 |
| Op. de Whipple . . . . .          | 1 |
| Hemicolectomía derecha . . . . .  | 1 |
| Tumorectomía . . . . .            | 1 |
| Biopsia . . . . .                 | 1 |

### SUMMARY

21 patients with primary small bowel tumors are analyzed. They were treated at the Hospital Privado, between the years 1970 - 1988.

Clinical parameters, diagnostic methods and therapy are reviewed. There were 4 benigns and 17 malignants. Operative mortality occurred in 3 patients. 6 had 5 year-survival (2 malignants).

It is concluded that to achieve early diagnosis, these tumors should be clinically suspected, diagnostic methods used more aggressively, small bowel should be examined in all laparotomies.

### BIBLIOGRAFIA

- Garriz, R.; Gnocchi, C. y Sánchez, María "Patología, diagnóstico y sobrevida de tumores del intestino delgado operados". *Rev. Arg. Cirugía*, 56: 181 - 187, 1989
- Rosenfelt, F. y Rosengberg, S. "Diffuse histiocytic lymphoma presenting with gastrointestinal tract lesions. The Stanford experience". *Cancer*, 45: 2.188, 1980
- Lowenfels, A. "Why are small bowel tumours so rare?". *Lancet*, 1: 24 - 25, 1973
- Frako, D.; Lazarus, S.; Dotan, J. y Reingold, M. "Early presentation of carcinoma of the small bowel in Crohn disease". *Gastroenterology*, 82: 783 - 787, 1982
- Wilson, J.; Melvin, D.; Gray, G. "Primary malignancies of the small bowel". *Ann. Surgery*, 180: 175 - 179, 1974
- Rochlin, M.; Longmire, M. "Primary tumors of the small intestine". *Surgery*, 50: 586 - 592, 1961.
- Williamson, R.; Welch, C. y Malt, R. "Adenocarcinoma y lymphoma of the small intestine". *Ann. Surgery*, 197: 172 - 178, 1983
- Stel, A.; Calaza, J.; Pelegrino, F. y Enrici E. "Tumores malignos del intestino delgado". *Rev. Arg. Cirugía*, 16: 175, 1969
- Frase, K. "Summary of malignant tumors of small intestine". *Brit. J. Surg.* 82: 479, 1945
- Strodel, W.; Talpos, G. et al: "Surgical therapy for small bowel carcinoid tumors". *Arch. Surgery*, 118: 391 - 397, 1983
- Miles, R.; Crawford, D. y Duras, S. "The small bowel problem". *Ann. Surgery*, 189: 732 - 740, 1979
- Martin, R. "Malignant tumors of the small intestine". *Surg. Clinics of North America*, 66: 779 - 785, August 1986.
- Darling, R. y Welch, C. "Tumors of the small intestine". *The New England J. of Medicine*, 260: 397 - 407, 1959.