

TUMORES MALIGNOS DEL INTESTINO DELGADO*

DR. JOSÉ MANUEL FALOMIR

LOS TUMORES MALIGNOS del intestino delgado representan aproximadamente el 3 por ciento del total de las lesiones malignas del tubo digestivo.

Corresponden aproximadamente al 0.5 por ciento de los internamientos en un Hospital General; según cifras de la Clínica Mayo y el Hospital Bellevue de la ciudad de New York, son más frecuentes en duodeno, después en ileon y finalmente en el yeyuno.

En la revisión efectuada en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, en la tesis recepcional de Nesbitt; se revisaron, 33,381 expedientes y se encontraron 14 tumores malignos comprobados histológicamente o sea el 0.04%.

La edad fue desde 22 años el menor, hasta 64 años el mayor en los carcinomas y entre los 20 y los 40 en los linfomas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Los tipos más frecuentes son el carcinoma y el linfoma. En los casos estudiados por Nesbitt, mismos que se utilizan en esta presentación se encontraron:

- 3 Adenocarcinomas de duodeno.
- 4 Adenocarcinomas de Yeyuno.
- 2 Ca. indiferenciados de duodeno.
- 2 Linfomas de células reticulares en el yeyuno.
- 1 Ca. Espinocelular de duodeno.
- 1 Leiomioma de Ileon .

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En el 78 por ciento de los casos se encontró dolor epigástrico. La mitad de los casos presentaron sangrado intestinal y en el 63 por ciento de los carcinomas

* Tema del symposium sobre Cáncer del Aparato Digestivo leído el 17 de agosto de 1960 en la Academia Nacional de Medicina.

se encontró sangre oculta en heces. Sólo en tres se encontró un tumor palpable. Tres pacientes presentaron cuadros de obstrucción intestinal aguda. Los síntomas comunes a todos es la pérdida de peso acompañada de astenia y anorexia. El diagnóstico se efectuó por el examen radiológico en 10 de los casos. En tres por laparotomía explorada y en uno fue hallazgo de necropsia.

EXAMEN RADIOLÓGICO

El Cáncer de duodeno en el más frecuente de los tumores malignos del intestino delgado, su diagnóstico se efectuará mediante el examen completo de estómago y duodeno; desde luego la identificación de esta lesión no es fácil y no podrá ser hecha por el aficionado o por aquel que se conforma con tomar una serie de placas y que carece de una buena formación médica y radiológica. El diagnóstico lo hará aquel que vea en cada paciente un problema por resolver y no una "serie gastro duodenal" por hacer. El radiólogo con su calidad de consultante y no de técnico buscará, en cada paciente la lesión que explique el cuadro clínico o propia de la patología del órgano; el examen fluoroscópico en manos expertas y la obtención de placas guiadas por el conocimiento sólido de la patología, serán los elementos clave que permite efectuar el diagnóstico correcto.

Siempre que se sospeche una lesión de intestino delgado la placa simple de abdomen en decúbito y en posición erecta deben ser la etapa inicial del examen. Por este simple procedimiento podemos demostrar las asas intestinales dilatadas con niveles hidroaéreos en los casos de obstrucción intestinal por la masa tumoral o por invaginación causada por ella misma. En este caso no se debe dar comida opaca. En la ausencia de obstrucción el procedimiento empleado consiste en administración de la comida de bario y el examen progresivo del tránsito intestinal mediante inspección fluoroscópica y exposición de placas con intervalos de 30' a una hora, por espacio de 4 a 6 horas. La cantidad de bario usada varía según los distintos investigadores; personalmente empleamos la misma cantidad que para el examen del estómago 250 c.c.; ya que generalmente hacemos el estudio del intestino delgado como secuencia del estudio del estómago.

Es necesario emplear una buena mezcla de bario para evitar en lo posible la floculación de éste en el intestino, lo que es una de las causas más frecuentes de error.

Otros procedimientos son el enema de Schatzki, que consiste en la inyección de bario a través de una sonda colocada en el duodeno. Cuando se encuentra en síndrome de oclusión se puede pasar substancia opaca a través del tubo de Miller Abbott y estudiar con placas al acecho y fluoroscopia al segmento estrecho.

Los signos radiológicos dependerán de la morfología del tumor y se pueden dividir en cinco categorías:

1. Estrechamiento de la luz intestinal.
2. Alteración del patrón normal de la mucosa, (ulceración o infiltración).
3. Defecto de llenado (imagen lacunar).
4. Invaginación intestinal.
5. Obstrucción intestinal (Ileo mecánico).

Las lesiones producidas por el carcinoma son cortas, de bordes bien definidos y frecuentemente estenosantes o ulcerosas.

Los signos radiológicos del linfosarcoma son: Lesiones extensas, en ocasiones múltiples, otras infiltrantes y que llegan a invadir largos segmentos del intestino. Se encuentra la asociación de segmentos estrechos y dilatados.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Este depende sobre todo del sitio del tumor. Así en los tumores de la primera porción del duodeno se tendrá que diferenciar de las deformaciones causadas por la úlcera péptica.

En la segunda y tercera porción el diagnóstico se hará fundamentalmente con los tumores de páncreas y de ampula de Vater.

En el yeyuno y el ileon el diagnóstico tendrá que hacerse con lesiones inflamatorias: tuberculosis y enteritis regional; generalmente la extensión y multiplicidad de las lesiones permiten hacer esta diferenciación.

CONCLUSIONES

Si bien es cierto que los tumores malignos del intestino delgado son de gran rareza; el examen radiológico, cuidadoso y bien orientado, efectuado por el radiólogo avezado es el único procedimiento clínico de diagnóstico y que permite su identificación y en algunos casos aún el diagnóstico del tipo anatomopatológico de la lesión.

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Casos. Se presentan nueve casos de tumores malignos de intestino delgado:

Caso 1. Fig. 1. Reg. 7311. Rayos X N° 4611. C. P. F. Varón de 28 años de edad. Nueve meses de dolor epigástrico tipo ulceroso. Un mes antes de su internamiento presentó hematemesis copiosa. Durante su estancia en el Hospital y bajo tratamiento médico presentó nueva hematemesis.

Un primer examen radiológico demostró gran deformación del bulbo duodenal que fue considerada como ulcerosa; un segundo examen un mes después demostró aumento de la deformación y extensión de ésta a la unión de la primera con la segunda porción de duodeno, donde se observa un gran cráter ulceroso. Fue operado el día 7-XII-49 y se encontró una úlcera situada en la cara anterior de la unión de la primera de duodeno con bordes duros de aspecto infiltrado.

Diagnóstico: *Adenocarcinoma mucoide de duodeno.*

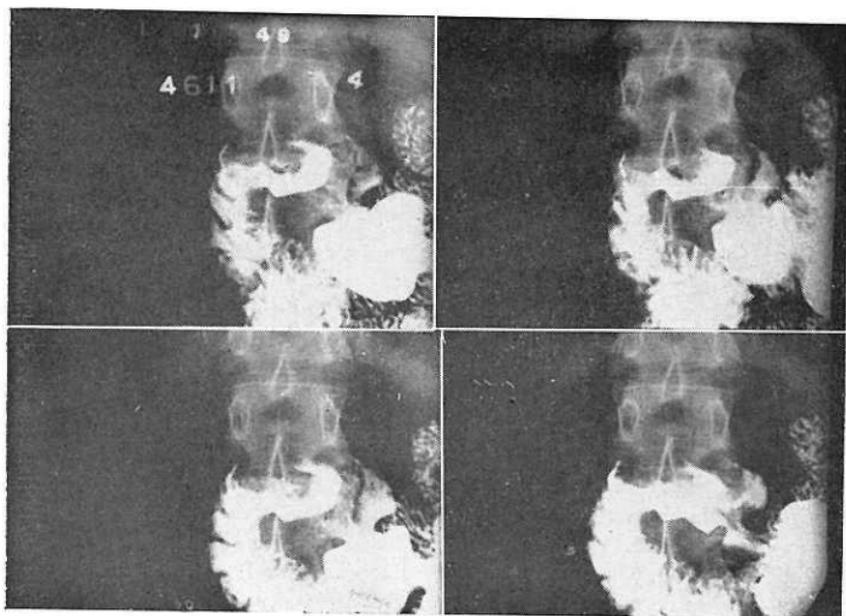


FIG. 1. Caso 1.



FIG. 2. Caso 2.

El enfermo fue dado de alta por curación, aunque con la recomendación de regresar para una segunda operación Whipple.

Caso 2. Fig. 2. Reg. 13826. Rayos X N° 9239. A. B. de M. Enferma de 55 años, operada de vías biliares, dos meses después presenta dolor epigástrico y en C. S. D.

El examen radiológico demostró compresión extrínseca de bulbo duodenal y deformación de la segunda porción que recuerda el 3 invertido. Hay rechazamiento de estómago por Hepatomegalia. Fue operada y se encontró además de una fistula biliar interna una tumoración de 2.5 cm. de diámetro situada en la segunda porción de duodeno; existe una ulceración en el vértice de la tumoración.

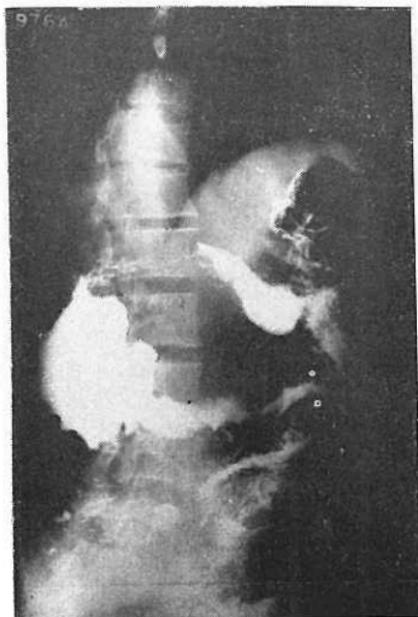


FIG. 3. Caso 3.

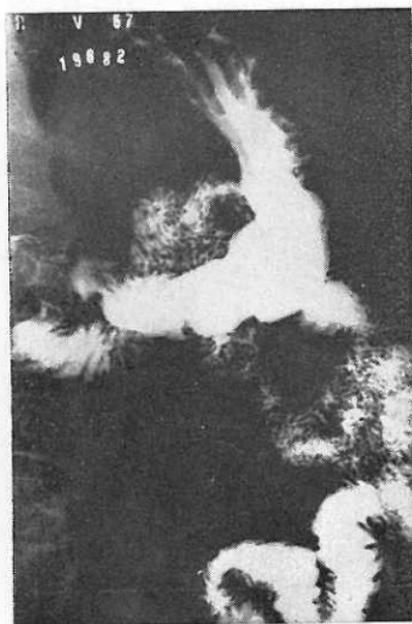


FIG. 4. Caso 4.

Diagnóstico: *Carcinoma espinocelular poco diferenciado de crecimiento rápido.*

Caso 3. Fig. 3. Reg. 14545. Rayos X N° 9764. F. M. S. Varón de 40 años, Cuatro años con dolor epigástrico tipo ulceroso, últimamente continuo y acompañado de vómitos, —tres años antes de su internamiento notó tumoración epigástrica y melena en los tres días anteriores a su ingreso al Hospital. Gran pérdida de peso. Masa abdominal en epigastro y ambos hipocondrios.

El examen radiológico demuestra una extensa lesión estenosante que invade la tercera porción del duodeno con gran dilatación en la segunda. Hasta el ángulo de Treitz se observa una zona estenosante. Las primeras asas del yeyuno presentan pérdida del patrón normal de la mucosa.

El paciente murió en el Hospital. La necropsia demostró un extenso tumor de la tercera porción de duodeno con estenosis (5 mm.) de luz intestinal.

Diagnóstico: *Cáncer indiferenciado de duodeno Linfosarcoma.*

Caso 4. Fig. 4. Reg. 27015. Rayos X N° 19682. A. M. Q. A. Paciente femenino que presenta síndrome ulceroso desde hace dos años. Nunca ha presentado hematemesis o melena. No hay tumor palpable.

Se le practicó un primer examen radiológico con el diagnóstico presuncional de ulcera duodenal. El día 24-IV 57. Se encontró deformación duodenal característica de lesión



FIG. 5. Caso 5.

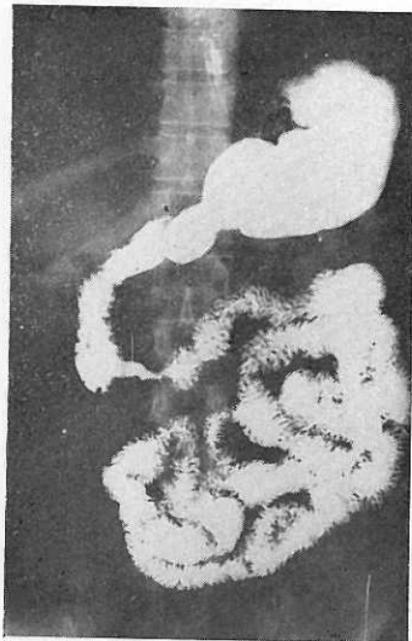


FIG. 6. Caso 6.

ulcerosa y se le citó para nuevo examen un mes después 22-V-57. En un examen coprológico se encontró sangre en heces. En otro nuevo examen radiológico se observa una extensa lesión de la segunda porción del duodeno, consistente en grandes imágenes lacunares y aspecto desgarrado del borde externo de la segunda porción de duodeno.

La paciente fue operada y se encontró una tumoración de 5 cm. por 2 de altura, situada en la cara anterior de la segunda porción duodenal, ulcerada, vegetante y situada a 5 cm. del anillo pilórico y 2 cm. por arriba del ampulla de Vater. Además se encontraron dos úlceras cicatrizadas de la primera porción del duodeno.

Diagnóstico. *Adenocarcinoma duodenal bien diferenciado de crecimiento lento, Úlceras pépticas cicatrizadas.*

La paciente murió en 15 días post. operación.

Caso 5. Fig. 5. Reg 29923. Rayos X N° 21936. Dolor abdominal en C. S. D, irradiado a la cara posterior. Sangre oculta en heces. El examen radiológico demostró una imagen lacunar en la segunda porción de duodeno, abajo de la ámpula con estrechamiento de la luz.

No hay comprobación.

Caso 6. Fig. 6. Reg. y Rayos X N° 32195. E. P. H. Varón, de 52 años. Pérdida de 30 Kgs. de peso en seis meses. Nauseas y vómitos, anorexia.

Rayos X. En la tercera porción se observa una zona estrecha, con pérdida del patrón normal de la mucosa y rigidez.

Se encontró tumoración en tercera porción de duodeno, voluminosa, dura y se extendía a la cola del páncreas. Se practicó gastro enteroanastomosis como paliativo.

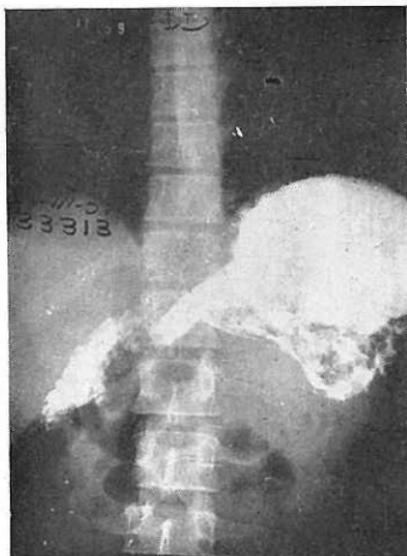


FIG. 7. Caso 7.



FIG. 8. Caso 8.

Caso 7. Rayos X. y Reg. N° 33313. A. A. A. de 22 años. Durante 10 años dolor epigástrico y vómitos post prandiales. En los dos últimos aumentó el dolor y los vómitos. Durante el último año hematemesis y melena en múltiples ocasiones. No hay masa palpable.

Rayos X. Estómago con líquido en ayunas, rechazado hacia adelante y hacia arriba. El bulbo duodenal es normal. El bario se detiene en la segunda porción del duodeno y en una hora no se obtiene paso. Esta porción duodenal está rechazada hacia arriba por una masa de tejidos blandos situada por abajo de la región pancreática.

Operación. Se encontró tumoración de yeyuno e invaginación intestinal doble. El tumor se encontró a 40 cm. del ángulo de Treitz, de 4 cm. de diámetro, pediculado 1.5 cm. de longitud.

Diagnóstico. *Adenocarcinoma de yeyuno (Pólipo malignizado).*

Caso 8. Reg. 21203. Rayos X, N° 15052. G. P. N. Varón, de 69 años. Cuadro de sub oclusión intestinal y melena.

P. S. A. Revela imagen de ileus mecánico.

Diagnóstico. *Pólipo de Ileon.*

Caso 9. Fig. 9. Reg. 16202. Rayos X N° 11074. Paciente con historia de diarrea, sangre en heces y gran pérdida de peso.

Lesiones estenosantes de duodeno asociadas a rigidez.

La laparotomía exploradora demostró una gran masa retroperitoneal, que invadía duodeno, con ganglios de gran tamaño, cuya biopsia fue reportada como Linfosarcoma.