



11209 82
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL PUEBLA**

**" TUMORES DE INTESTINO DELGADO "
UNA REVISION DE SIETE AÑOS**

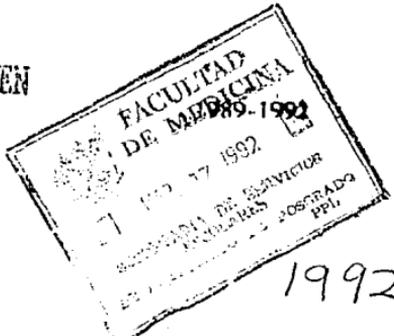
TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
**ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL**

PRESENTA
DR. GERMAN SANCHEZ ALARCON



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PUEBLA, PUE.



1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E .

| | Pág. |
|------------------------|------|
| I. INTRODUCCION. | 1 |
| II. JUSTIFICACION. | 5 |
| III. OBJETIVOS. | 5 |
| IV. MATERIAL Y METODO. | 6 |
| V. RESULTADOS. | 7 |
| VI. DISCUSION. | 16 |
| VII. RESUMEN. | 18 |
| VIII. BIBLIOGRAFIA. | 19 |

" TUMORES DEL INTESTINO DELGADO "

UNA REVISION DE SIETE AÑOS.

I. INTRODUCCION.

Los tumores del intestino delgado, son lesiones poco comunes que infrecuentemente son encontrados o sospechados, debido a que los signos y síntomas tempranos que condicionan son ignorados tanto por el médico como por el paciente, dificultándose su diagnóstico (1).

Desde que Hamburger en 1746 (2) describió el primer carcinoma de duodeno y Sorlin en 1824 el primer carcinoma de yeyuno (3), se han reportado pocas series de tumores del intestino delgado (4). La mayoría de los estudios son de grandes centros hospitalarios y por largos períodos, reportando por lo general casuísticas bajas que raramente exceden los 100 casos (5).

Excluyendo los tumores metastásicos del intestino delgado, las incidencias reportadas son de 0.49 X 100 000 habitantes (6) y algunas revisiones reportan la relación hombre mujer de 1.5 : 1.0 (7) con mayor incidencia entre los 20 y 90 años de edad (2,4,8).

A pesar de que el intestino delgado constituye el 75% de la longitud y más del 90% de la superficie mucosa del tubo

digestivo (2,9), la incidencia de tumores malignos en este segmento fluctúa del 1 al 3% (1,5,10,11) y de los tumores benignos es del 0.1% (6).

La relativa inmunidad del intestino delgado para el desarrollo de condiciones malignas es un fenómeno remarcable e intrigante (12).

La revisión de los resultados de múltiples observaciones clínicas y experimentales para la explicación de la baja incidencia es estos tumores, ha derivado las siguientes teorías:

- * La dilución del contenido intestinal y su rápido tránsito reduce la exposición luminal de los carcinógenos de la dieta.
- * La relativa esterilidad del intestino delgado, en relación a la flora bacteriana del intestino grueso, para convertir los pigmentos biliares en carcinógenos.
- * Las elevadas concentraciones de enzima benzopirina hidroxilasa en el intestino delgado que potencialmente puede destoxificar los carcinógenos, y
- * La elevada concentración de tejido linfoide con producción de Ig A condiciona una respuesta inmune local (2,3,9,10,13).

Actualmente se acepta la secuencia de transformación de adenoma-carcinoma en el intestino delgado (14), así como la complicación de la enfermedad de Crohn con este tipo de tumores (15).

Es de gran interés conocer que la mayoría de las lesiones se encuentran cerca de los extremos proximal y distal del intestino delgado y que la variedad histológica así como su localización en el mismo es independiente de la edad y sexo.

En la mayoría de los estudios se reporta al adenocarcinoma como la neoplasia más frecuente, seguida por los sarcomas, tumor carcinoide y linfomas (1,2,5,8-11,13,14,16) y algunos autores reportan una distribución diferente, en la que los linfomas son los de mayor incidencia (12).

La distribución de los tumores en el intestino delgado es variada, los adenocarcinomas son más frecuentes en el duodeno, los sarcomas y carcinoideas más comunes en yeyuno e íleon respectivamente; aunque todas las neoplasias pueden encontrarse en cualquier parte del intestino delgado pero con incidencias variadas (1,2,5,8-14,16).

La sintomatología de los tumores del intestino delgado es

muy inespecífica, la mayoría de los estudios reportan sangrado del tubo digestivo, dolor abdominal difuso, masa abdominal palpable, obstrucción y/o perforación intestinal, astenia, adinamia y pérdida de peso, que en etapas tempranas de la enfermedad son irreconocibles o confundidos con otra patología más común (1-16).

El diagnóstico de estos tumores en su etapa temprana es difícil por la inespecificidad de su cuadro clínico, por lo que se requiere del auxilio de los exámenes de laboratorio y gabinete desde los más simples hasta los más sofisticados (2,3,7,9,11,13,16).

El tratamiento por lo general es quirúrgico y los procedimientos dependiendo de los hallazgos, pueden ser desde muy simples a complicados, ya sea curativos o paliativos.

La sobrevida para los tumores del intestino delgado a 5 años varía del 22 al 59% si existe extensión local o metastásica y del 28 al 73% si la extensión se encuentra localizada.

II. JUSTIFICACION.

Los tumores del intestino delgado tienen la incidencia más baja de todas las neoplasias del tubo digestivo.

En la literatura mundial son pocos los estudios reportados y en los últimos años muy escasos.

En nuestro medio se desconoce la incidencia de los tumores del intestino delgado debido a que no se han realizado estudios al respecto.

Se pretende revisar la experiencia clínica, anatomopatológica, diagnóstica y terapéutica de los tumores del intestino delgado en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, Manuel Avila Camacho, cuyos resultados nos permitan emprender, en un futuro, más investigaciones relacionadas a los mismos.

III. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Hacer una revisión de siete años de los tumores del intestino delgado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Revisar la experiencia clínica e histopatológica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos sobre los tumores del intestino delgado.
2. Conocer la experiencia global, por edad y sexo de los tumores del intestino delgado.

IV. MATERIAL Y METODO.

Se revisaron los resultados de los estudios histopatológicos del departamento de anatomía patológica del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, Manuel Avila Camacho, tomándose aquellos relacionados con tumores del intestino delgado, efectuados de enero de 1985 a diciembre de 1991.

En base a los mismos seacudió al archivo clínico de la unidad y se revisaron los expedientes clínicos correspondientes a los mismos con la finalidad de alcanzar los objetivos señalados.

Se incluyeron en este estudio todos los tumores benignos y malignos encontrados en los tres segmentos del intestino delgado, incluyendo el ámpula de Vater.

V. RESULTADOS.

Se revisaron un total de 72 800 resultados de estudios histopatológicos efectuados de enero de 1985 a diciembre de 1991 en el departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, Manuel Avila Camacho.

Se encontraron 51 casos de tumores de intestino delgado obtenidos por biópsias endoscópicas, biópsias transoperatorias, piezas quirúrgicas y revisión de laminillas

De los 51 casos (100%), 32 correspondieron al sexo femenino (62.74%) y 19 al sexo masculino (37.25%), tabla y gráfica 1.

37 casos se encontraron en duodeno incluyendo el ámpula de Vater (72.5%), 9 casos en yeyuno (17.6%) y 5 en íleon (9.8%), tabla y gráfica 2.

En duodeno se encontraron 33 casos de adenocarcinoma (89.1%), melanoma metastásico 1, polipo 1, leiomioma 1 y linfoma 1 (2.7% respectivamente), tabla y gráfica 3.

A nivel de yeyuno se encontraron 3 casos de adenocarcinoma (33.3%), 3 leiomiomas (33.3%), 2 leiomiomas (22.2%) y 1 caso de angiosarcoma (11.1%), tabla y gráfica 4.

En íleon se encontraron 2 casos de tumor carcinóide (40%), 2 de adenocarcinoma (40%) y 1 leiomioma (20%), tabla y gráfica 5.

Se encontraron 4 tumores benignos que representan el 7.8% de los tumores del intestino delgado y 47 tumores malignos (92.1%), tabla y gráfica 6.

De los tumores benignos, se encontraron 1 polipo y 1 leiomioma en duodeno, 2 leiomiomas en yeyuno y ninguno en íleon.

De los tumores malignos, los adenocarcinomas predominaron en duodeno con 33 casos, en yeyuno 3 leiomiomas y 3 adenocarcinomas; en íleon se encontraron 2 tumores carcinoides y 2 adenocarcinomas.

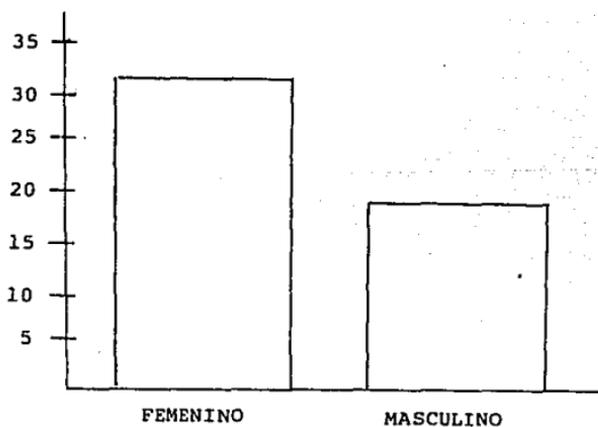
El adenocarcinoma fue la neoplasia maligna más frecuente en todo el intestino delgado, con mayor incidencia en duodeno; de las neoplasias benignas el leiomioma fue más común en duodeno y yeyuno (tabla 7).

TABLA 1. Incidencia por sexo.

| SEXO | No. CASOS | % |
|-----------|-----------|-------|
| FEMENINO | 32 | 62.74 |
| MASCULINO | 19 | 37.25 |
| TOTAL | 51 | 100 |

FUENTE: Archivo Anatomía Patológica del
H.E., C.M.N., M.A.C., 1985-1991.

GRAFICA 1. Incidencia por sexo.



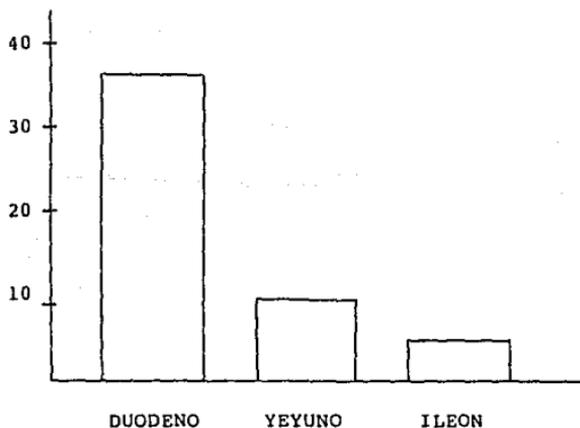
FUENTE: Archivo Anatomía Patológica deñ
H.E., C.M.N., M.A.C., 1985-1991.

TABLA 2. Localización en intestino delgado.

| SITIO | No.CASOS | % |
|---------|----------|-------|
| DUODENO | 37 | 72.5 |
| YEYUNO | 9 | 17.6 |
| ILEON | 5 | 9.8 |
| TOTAL | 51 | 100.0 |

FUENTE: Archivo Anatomía Patológica del
H.E., C.M.N., M.A.C., 1985-1991.

GRAFICA 2. Localización en intestino delgado.



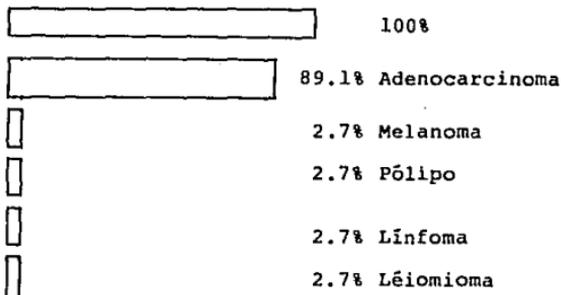
FUENTE: Archivo Anatomía Patológica del
H.E., C.M.N., M.A.C., 1985-1991.

TABLA 3. Estirpe histológica en duodeno.

| TIPO | No CASOS | % |
|----------------|----------|-------|
| Adenocarcinoma | 33 | 89.1 |
| Melanoma | | |
| metastásico | 1 | 2.7 |
| Pólipo | 1 | 2.7 |
| Linfoma | 1 | 2.7 |
| Leiomioma | 1 | 2.7 |
| TOTAL | 37 | 100.0 |

FUENTE: Archivo Anatomía Patológica del H.E., C.M.N., M.A.C., 1985-1991.

GRAFICA 3. Estirpe histológica en duodeno.



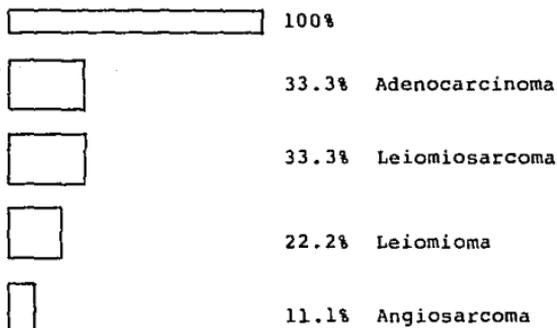
FUENTE: Archivo Anatomía Patológica del H.E., C.M.N., M.A.C., 1985-1991.

TABLA 4. Estirpe histologica en yeyuno.

| TIPO | No. CASOS | % |
|------------------|-----------|-------|
| Adenocarcinoma | 3 | 33.3 |
| Leiomiomasarcoma | 3 | 33.3 |
| Leiomioma | 2 | 22.2 |
| Angiosarcoma | 1 | 11.1 |
| TOTAL | 9 | 100.0 |

FUENTE: Archivo Anatomía Patológica del H.E., C.M.N., M.A.C., 1985-1991.

GRAFICA 4. Estirpe histológica en yeyuno.



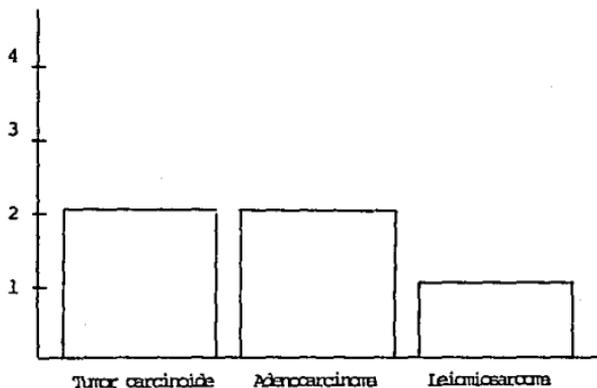
FUENTE: Archivo Anatomía Patológica del H.E., C.M.N., M.A.C., 1985-1991.

TABLA 5. Estirpe histol6gica en ileon.

| TIPO | No. CASOS | % |
|------------------|-----------|-----|
| Tumor carcinoide | 2 | 40 |
| Adenocarcinoma | 2 | 40 |
| Leiomiocarcinoma | 1 | 20 |
| TOTAL | 5 | 100 |

FUENTE: Archivo Anatomía Patol6gica del H.E., C.M.N., M.A.C., 1985-1991.

GRAFICA 5. Estirpe histol6gica en ileon.



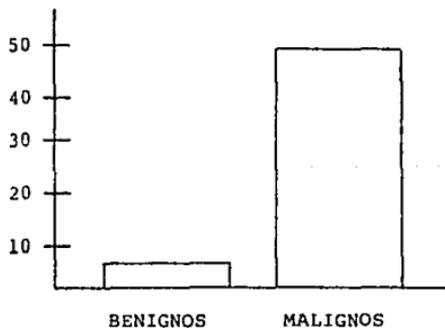
FUENTE: Archivo Anatomía Patol6gica del H.E., C.M.N., M.A.C., 1985-1991.

TABLA 6. Naturaleza tumores intestino delgado.

| TIPO | NO CASOS | % |
|----------|----------|-------|
| BENIGNOS | 4 | 7.8 |
| MALIGNOS | 47 | 92.1 |
| TOTAL | 51 | 100.0 |

FUENTE: Archivo Anatomía patológica del H.E., C.M.N., M.A.C., 1985-1991.

GRAFICA 6. Naturaleza tumores intestino delgado.



FUENTE: Archivo Anatomía Patológica del H.E., C.M.N., M.A.C., 1985-1991.

TABLA 7. Tumores del intestino delgado.

| TIPO | DUODENO % | YEUENO % | ILEON % |
|------------------|------------------|-----------------|----------------|
| BENIGNOS | | | |
| Pólipo | 1 (1.9) | -- | -- |
| Leiomioma | 1 (1.9) | 2 (3.9) | -- |
| MALIGNOS | | | |
| Adenocarcinoma | 33 (64.7) | 3 (5.8) | 2 (3.9) |
| Leiomiocarcinoma | -- | 3 (5.8) | 1 (1.9) |
| T. carcinoide | -- | - | 2 (3.9) |
| Angiosarcoma | -- | 1 (1.9) | - |
| Linfoma | 1 (1.9) | - | - |
| Melanoma mets. | 1 (1.9) | - | - |
| T O T A L | 37 (72.5) | 9 (17.6) | 5 (9.8) |

FUENTE: Archivo Anatomía Patológica del H.E., C.M.N.,
M.A.C., 1985-1991.

VI. DISCUSION.

Hasta la fecha no se tiene explicación respecto a la inmunidad relativa que presenta el intestino delgado en el desarrollo de neoplasias a pesar de su longitud y su gran superficie mucosa; sin embargo, se han sugerido varias teorías en base a la observación de varios estudios experimentales, entre las que se encuentran:

1. El tránsito intestinal rápido a través del intestino reduce el tiempo de exposición de los carcinógenos de la dieta con la superficie mucosa.

2. La poca cantidad de bacterias del intestino delgado, en relación con el colon, disminuye la formación de sustancias carcinogénicas por las bacterias posterior al contacto con las sustancias biliares.

3. Algunas enzimas que se encargan de detoxificar a los carcinógenos se encuentran en mayor concentración en íleon que en colon.

4. La Ig A que se encuentra en grandes cantidades en el intestino delgado puede, en un momento dado, proteger a la mucosa de los virus carcinogénicos (2,3,9,10,13).

Se ha encontrado que algunas enfermedades tienen predisposición para comportarse como premalignas, tales como la enfermedad de Crohn y las poliposis intestinales (15) y la transformación de adenoma-carcinoma en el intestino delgado.

En nuestra revisión, los tumores del intestino delgado se presentaron más frecuentemente en el sexo femenino que en el masculino, con una edad media de 60.6 años y un rango de 25 a 89 años.

La localización de las neoplasias en el intestino delgado es diversa y esta dada en base a las teorías ya mencionadas.

La incidencia de los tumores benignos fue muy baja (7.8%) con predominio en los segmentos proximales del intestino, siendo la variedad más frecuente los leiomiomas.

En cuanto a la incidencia de los tumores malignos, coincidimos con otros estudios en una incidencia alta (92.1%), con predominio de el adenocarcinoma en duodeno y en menor frecuencia en yeyuno e íleon; en segundo lugar los leiomiomas con mayor incidencia en yeyuno.

Desafortunadamente no se puede hablar de la experiencia clínica y terapéutica, ya que no fue posible documentar en forma completa los casos encontrados de tumores de intestino delgado debido a que la mayoría de los expedientes fueron depurados y otros solo quedaron en el simple estudio endoscópico.

VII. RESUMEN

Se informa la incidencia de los tumores del intestino delgado en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, Manuel Avila Camacho, en la representación anatomopatológica.

Se revisaron un total de 72 800 resultados de estudios histopatológicos obtenidos por biopsia endoscópica, biopsia transoperatoria, revisión de laminillas y pieza quirúrgica, en un período comprendido entre enero de 1985 y diciembre de 1991.

Se encontraron 51 casos, de los cuales 32 correspondieron al sexo femenino y 19 al masculino; con una edad promedio de 60.6 años y un rango entre 25 y 89 años. Se encontraron 37 neoplasias en duodeno, de las cuales solo 2 fueron benignas; 9 tumores en yeyuno, 2 de ellos benignos y 5 tumores malignos en íleon. La neoplasia maligna más frecuente encontrada fue el adenocarcinoma con mayor incidencia en duodeno, los leiomiomas fueron los tumores benignos más frecuentes.

Se concluye que los tumores del intestino delgado son raros, su sintomatología vaga e inespecífica y las pruebas diagnósticas poco específicas posiblemente influyan más aun en su baja incidencia, representando para el cirujano un problema más en su práctica diaria.

VIII. BIBLIOGRAFIA.

1. KORETZ M., GRAHAM R. Primary adenocarcinoma of the jejunum. Am Surg 1989; 55:539-542.
2. GURIEL K., ADAMS J. Adenocarcinoma of the small intestine Am J Surg 1984; 147:66-71.
3. TIBERIO G., BORDA F., MARTI J. Manifestaciones clínicas, biológicas y supervivencia de los tumores malignos primarios del intestino delgado. Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. 1984; 65:141-146.
4. LIEN G., MORI M., ENJOJI M. Primary carcinoma of the small intestine: A clinicopathologic and immunohistochemical study. Cancer 1988; 61:316-323.
5. BARCLAY T., SCHAPIRA D. Malignant tumors of small intestine. Cancer 1983; 51:878-881.
6. HAWLEY PR. Tumores del intestino delgado. Schawrtz SI., Ellis H. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina 8ª edición, 1989. 1112-1127.
7. CHIOTASSO P., FAZIO V. Pronostic factors of 28 leiomyosarcomas of the small intestine. Surg Gynecol Obst 1982; 155:197-202.
8. CICCARELLI O., WELCH J., KENT G. Primary malignant tumors of the small bowell. Am J Surg 1987; 153:350-354.
9. ZOLLINGER R., STERNFELD W., SCHRELBER H. Primary neoplasms of the small intestine. Am J Surg 1986; 151:654-658.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

10. WILLIAMSON. R., WELCH C., MALT R. Adenocarcinoma and lymphoma of the small intestine: distribution and etiologic associations. Ann Surg 1983; 197:172-178.
11. KREIS D., GUERRA J., SALTZ M. AND COLS. Gastrointestinal hemorrhage due to carcinoid tumors of the small intestine JAMA 1986; 255:234-236.
12. TAGGART D., IMRIE C. A new pattern of histologic predominance and distribution of malignant disease of the small intestine. Sur Gynecol Obst 1987; 165:515-518.
13. RYAN D., SCHAPRIO R., WARSHAW A. Villous tumors of the duodenum. Ann Surg 1986; 203:301-306.
14. SELLNER F. Investigation on the significance of the adenoma-carcinoma sequence in the small bowel. Cancer 1990; 66:702-715.
15. FRESKO D. , LASARUS S., DOTAN J. Early presentation of carcinoma of the small bowel in Crohn's disease (Crohn's carcinoma"). Gastroenterology 1982; 82:783-789.
16. DEGOLLADO J., MEDINA R., VELAZCO F. Tumores del duodeno. Rev. Gastroent. Mex. 1983; 48:87-90.