

11209  
122



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO  
EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

TESIS  
DE LA ESPECIALIDAD EN  
CIRUGIA GENERAL

PRESENTA: DRA. ADRIANA JOSEPHINE JAUREGUI SOTO

ASESOR: DR. ROBERTO PEREZ GARCIA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

SEPTIEMBRE 2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

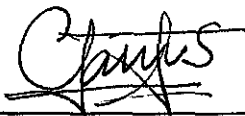
DR. ROBERTO PÉREZ GARCÍA  
Jefe de la División de Cirugía General



SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO  
DIVISION DE ENSEÑANZA  
DR. JORGE ALBERTO DEL CASTILLO MÉDINA  
Jefe de Enseñanza

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



---

*DRA. ADRIANA JOSEPHINE JÁUREGUI SOTO*  
Residente de 4º año Cirugía General  
Autor de la Tesis

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A DIOS:

A ti padre por la vida que me has dado, me escuchas sin límite, y en todo momento me manifiestas tú amor. Gracias, sin ti nada soy.

A MI MADRE MARIA ELENA

Por que siempre estas a mi lado, por todo lo que me has dado y por que te debo todo lo que soy. Te quiero.

A MIS HERMANAS MARIA LUISA Y MARIELA

Creo que hemos pasado grandes momentos, las quiero, por su ayuda gracias.

AL DR. ROBERTO PEREZ GARCIA

Gracias no solo por sus enseñanzas, también por sus llamadas de atención, las cuales puedo entender ahora, me hicieron crecer y ser más fuerte.

DR. LUIS CAÑEDO DORANTES

Le agradezco su tiempo, sus palabras siempre oportunas y sus sabios consejos.

A quienes no he nombrado, pero que siempre están presentes conmigo ahí cuando más los he necesitado, son menos de cinco, pero no necesito más.

Y a todas y cada una de las personas que de una u otra forma han contribuido para que Yo pueda concluir este trabajo.

**Autor: Dra. Adriana Josephine Jáuregui Soto.**

*Residente de 4 año de Cirugía General*

**Asesor: Dr. Roberto Pérez García.**

*Jefe de la División de Cirugía General*

**Colaborador: Dr. Luis Cañedo Dorantes.**

*Jefe del departamento de Investigación*

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

# TUMORES DEL INTESTINO DELGADO EN EL HOSPITAL JÁUREZ DE MÉXICO

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INDICE

	página
1. Resumen en español -----	1
2. Resumen en Inglés -----	2
3. Introducción -----	3
4. Antecedentes -----	5
5. Planteamiento del estudio -----	20
6. Resultados -----	22
7. Discusión -----	29
8. Conclusiones -----	30
9. Anexos -----	31
10. Bibliografía -----	45
11. Onlines Links -----	47



## RESUMEN

### TUMORES DEL INTESTINO DELGADO EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MEXICO.

#### Objetivo:

Revisar los tumores del intestino delgado, y determinar la manera que en que han sido estudiados en el Hospital Juárez de México

#### Material y Métodos:

Revisamos retrospectivamente, 39719 reportes histopatológicos existentes del 1° de enero de 1997 al 1° de enero del 2001, determinando el total de tumores del tracto gastrointestinal y de estos el total de tumores del intestino delgado.

#### Resultados :

Se encontraron 599 tumores del tracto gastrointestinal, correspondiendo a tumores de colon 291 (48.58%), tumores gástricos 203 (33.88%), tumores del esófago 56 (9.34%), tumores del intestino delgado 25 (4.17%), tumores del ampulla de vater (periampulares) 16 (2.67%), y tumores de la unión esofagogastrica 9 (1.50%).

De los 15 pacientes con tumor del intestino delgado, 9 (60%) fueron mujeres, y 6 (40%) hombres. La edad promedio fue 55 años. El diagnóstico fue en la mayoría de los casos mediante biopsia endoscópica en 9(60%), por cirugía de urgencia (26.6%). De inicio de los síntomas, al diagnóstico se encontró un tiempo que fluctuó de 1mes a 1 año. El síntoma más frecuente fue, el dolor abdominal en 12 (80%) de los casos, ataque al estado general con astenia, adinamia, e hiporexia se presentó en 6 pacientes (40%), seguido en frecuencia de la pérdida de peso en 5 (33.33%) de los casos, y sangrado en las evacuaciones, ya sea como hematoquezia o melena en 4(26.6%). Los tumores primarios de intestino delgado se localizaron en su mayoría en el Duodeno en 9 (60%), predominando los pólipos adenomatosos 3, 2 adenocarcinomas de primera porción de duodeno, 1 tumor carcinoide, 1 tumor del estroma gastrointestinal, 1 linfoma no Hodgkin y 1 carcinoma pobremente diferenciado; en el Ileon en 5 (33.3%), 2 linfomas no Hodgkin, 1 adenocarcinoma, 1 fibrosarcoma, y 1 tumor carcinoide; y en yeyuno en 1 caso (6.6%) linfoma no hodgkin. El 80% reportados como malignos (12 casos) y 20% benignos (3 casos).

El manejo que se les dio posterior al diagnóstico en los 15 pacientes fue: Resección intestinal con ileostomía en 3 casos (20%), los demás recibieron manejos diversos y solo 2 pacientes tenían seguimiento por oncología.

Conclusiones: Es necesario realizar una mejor evaluación de los pacientes. La tardanza en el diagnóstico de los tumores del intestino delgado continua siendo el problema principal, a pesar de los estudios de gabinete, y esto condiciona una mayor mortalidad.



## ABSTRACT

### SMALL BOWEL TUMORS IN THE "JUAREZ DE MEXICO" HOSPITAL

#### Objective:

Review of small bowel tumors and know, how they are studied in the "Juárez de México" Hospital.

#### Material and methods:

Were reviewed, 39719 anatomopatologic reportes, of 1° january 1997 to 1° january 2001, how many tumors were in gastrointestinal tumors and of these, the total of small bowel tumors .

#### Results:

They were 599 gastrointetinal tract tumors, corresponding to colon tumors 291 (48.58%), gastric tumors 203 (33.88%), esophagus's tumors 56 (9.34%), small bowel tumors 25 (4.17%), of the vater papilla tumors (peripapilla) 16 (2.67%), and tumors of the esophagus gastric union 9(1.50%). Only 15 patients with small bowel tumors had clinic file, 9 (60%) were women and 6 (40%) men. The most frecuet age was 55 years. The diagnosis, was doing most frecuetly by means endoscopic biopsy in 9(60%), for urgency surgery (26.6%). Of beginning of the symptoms, to the diagnosis, was a time that fluctuated from lmes to 1 year. The most frequent symptom was, the abdominal pain in 12 patients (80%), attack to the general state with astenia, adinamia, and hiporexia were in 6 patients (40%), continued in frequency of the lost one of weight in 5 (33.33%) of the cases, and blood in the evacuations, as hematoquezia or melene in 4(26.6%). The primary small bowel tumors, were located in its majority in Duodenum in 9 (60%), prevailing the adenomatosis polyps 3, 2 adenocarcinomas of first duodeno portion, 1 carcinoide tumor, 1 tumor of the gastrointestinal estroma, 1 non Hodgkin lymphoma and 1 poorly differentiated carcinoma; in the Ileum in 5 (33.3%), 2 non Hodgkin lymphomas, 1 adenocarcinoma, 1 fibrosarcoma, and 1 tumor carcinoide; and in jejunum in 1 case (6.6%) non hodgkin lymphoma. 80% reported as malignant tumors (12 cases) and 20% benign tumores% (3 cases). The handling that they have later to the diagnosis in the 15 patients was: Intestinal resection with ileostomy in 3 cases (20%), the others received many treatments, and alone 2 patients frecuently oncology treatment.

Conclusions: Necessary is a better study of the patiens. The delay in the diagnosis of small bowel tumors , being the principal problem, in spite of the others studies, that is cause of a bigger mortality,.



## INTRODUCCIÓN

Los tumores del Intestino delgado son neoplasias poco comunes, las cuales en relación con las neoplasias malignas del tracto gastrointestinal constituyen apenas un 2% de estas últimas.

A pesar de que el intestino delgado constituye el 90% del total de la superficie del tracto gastrointestinal y el 75% de su extensión, existen en él situaciones que le son protectoras, y las cuales justifican la presentación baja de tumores en dicha porción del tracto gastrointestinal. No obstante esta baja presentación; la detección de estos tumores, generalmente se realiza en la mayoría de los casos en etapas avanzadas de su evolución, lo cuál repercute en la mortalidad de los pacientes portadores de esta patología, ya que la mayoría de los tumores del intestino delgado, corresponden a tumores malignos. Esta demora en la realización de un diagnóstico oportuno, radica en que, por lo general no se llega a sospechar de la presencia de un tumor en el intestino delgado, manejándose en ocasiones con el diagnóstico de otras patologías, y al agudizarse los síntomas que acompañan a dicho padecimiento por lo general ya indican datos de malignidad, o invasión a otros órganos, por lo anterior, en la mayoría de los casos, el diagnóstico se realiza como un hallazgo, ya sea durante una cirugía de urgencia, o bien al realizar una intervención quirúrgica con otro diagnóstico preoperatorio, los casos en los cuales el diagnóstico se establece mediante un estudio de gabinete previo empiezan a incrementarse, pero aún sigue siendo el diagnóstico tardío el que predomina, lo anterior condiciona a muy pocas posibilidades de tratamiento curativo, ya que por lo general al realizarse el diagnóstico del padecimiento, este se encuentra en una etapa avanzada de su evolución.

En el hospital Juárez de México, se realizan aproximadamente 7500 a 8000 reportes histopatológicos por año, lo cuál nos da una población de estudio lo suficientemente amplia para determinar, del total de tumores del tracto gastrointestinal, ¿cuál es el porcentaje de tumores de intestino



delgado?, y así al estudiar estos casos en una revisión de 5 años, se logró determinar, la manera en la cuál se llegó al diagnóstico, observando cuál fue el manejo de estos pacientes; estos resultados nos orientaron a conocer cuáles son las oportunidades diagnósticas y terapéuticas, ya que es bien sabido que la cirugía sigue siendo hasta el momento el único tratamiento capaz de ofrecer la posibilidad de curación en algunos casos, o bien una paliación adecuada mediante procedimientos derivativos.

El estudio oportuno de los pacientes con síntomas y signos clínicos sugestivos de tumoración en el intestino delgado, requiere primeramente del conocimiento de la patología por parte del médico, y la sospecha ante los datos correlacionados; lo cuál, repercute, en un manejo quirúrgico óptimo, ya sea con posibilidades curativas, o encaminado a mejorar la calidad de la sobrevivida durante el padecimiento.

## ANTECEDENTES:

Los tumores del intestino delgado(I.D.), como parte de los tumores del tracto gastrointestinal, son tejido de neoformación que puede ser benigno o maligno y su presentación es rara.(1)

### *EPIDEMIOLOGIA*

Los tumores de intestino delgado, como parte de los tumores del tracto gastrointestinal, son poco frecuentes, se diagnosticaron, en Estados Unidos 4600 nuevos casos en 1995 (1). A pesar de que, el intestino delgado constituye el 75% del total de la extensión del tracto gastrointestinal, y el 90% de su superficie mucosa (1,2,3), solo el 5 al 10% de todas las neoplasias del tracto gastrointestinal, corresponden a las localizadas en él y los tumores malignos del intestino delgado constituyen un 1 a 2%(1,2,4), ya que la mayoría de las neoplasias malignas del tracto gastrointestinal se encuentran en estómago o colon (3). Quedando aclarado que los tumores del intestino delgado son raros; en caso de presentarse, 2/3 partes de estos corresponden a neoplasias malignas y 1/3 parte a neoplasias benignas(5), considerándose una incidencia estándar de 0.7 a 1.6 por cada 100 000 habitantes. (1)

Aunque la mayoría de los estudios ha determinado la mayor incidencia de estos tumores en pacientes del sexo masculino (1), en un estudio realizado en Londres Inglaterra se encontró que el 60% correspondió a mujeres(6). En cuanto a edad se presenta como edad promedio la 5ª década de la vida, pero el mayor número de casos se registra entre la 6ª y 7ª década de la vida. (1)

### *FACTORES DETERMINANTES*

El intestino delgado, casi no se ve afectado por tumores; como justificante a esta situación hay varias teorías, entre ellas: la gran cantidad de líquido que contiene, el cuál, es mecánicamente menos irritante que los

sólidos(3), el rápido tránsito en el intestino delgado lo cuál minimiza el contacto de la mucosa intestinal con sustancias potencialmente carcinogénicas, al disminuir la población bacteriana formadora de dichos carcinógenos (1,7), otro factor adyuvante es el PH alcalino, y las grandes cantidades de enzima hidroxilasa de benzopireno, que convierte el benzopireno en un compuesto menos carcinogénico;(1,3) por otra parte la IgA secretora que esta en gran cantidad en el intestino delgado, protege contra los virus oncogénicos.(1)

Otros factores que se asocian a la presencia de tumores del intestino delgado, es la poliposis familiar, el síndrome de Gardner, el síndrome de Peutz-Jeghers, el esprue celíaco del adulto (no tropical), la neurofibromatosis de Von Recklinghausen y la enfermedad de Crohn; los pacientes inmunodeprimidos tienen mayor riesgo de presentar tumores del intestino delgado (deficiencia de inmunoglobulina A (IgA), portadores de VIH). (1,8,4)

### *TIPOS DE TUMORES*

Los tumores del intestino delgado se diferencian en benignos y malignos y ambos se presentan más frecuentemente en el duodeno y yeyuno(5), no obstante cuando la localización del tumor es en el íleon la mayoría de estos será maligno.(1,5)

### TIPOS HISTOLÓGICOS DE LAS NEOPLASIAS DEL INTESTINO DELGADO

Neoplasias malignas: Adenocarcinoma, leiomioma, sarcoma, linfosarcoma, y carcinoide maligno.

Neoplasia Benignas: adenoma, Leiomioma, pólipo benigno, hamartomas (síndrome de Peutz-jeghers), fibroleiomioma, lipoma, y carcinoide benigno.(3)

A continuación se muestran 2 cuadros en los cuáles se determina cuál es el sitio en el cuál se presentan más frecuentemente los tumores benignos y malignos del intestino delgado. (5)

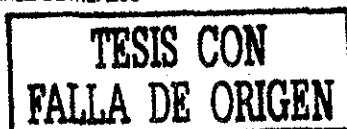
### TUMORES MALIGNOS DEL INTestino DELGADO ( 5)

Tipo de tumor	Duodeno	Yeyuno	Ileon	total(%)
Adenocarcinoma	559	413	276	1248(45)
Carcinoide	55	73	709	837(30)
Linfoma	26	147	235	408(14)
Sarcoma	54	143	129	326(11)
Total (%)	694(25)	776(27)	1349(48)	2819(100)

### TUMORES BENIGNOS DEL INTestino DELGADO (5)

Tipo de tumor	Duodeno	Yeyuno	Ileon	total (%)
Leiomioma	21	61	46	128(35)
Pólipo/adenoma	31	17	17	65(19)
Lipoma	10	13	27	50(14)
Hemangioma	1	10	24	43(12)
Fibroma	3	7	12	22(6)
Otros	27	8	13	48(44)
Total(%)	93(26)	124(34)	139(40)	356(100)

En un estudio realizado en Inglaterra Las lesiones benignas se ubicaron mas frecuentemente en el yeyuno, y las malignas fueron mas frecuentes en el íleon. (2)



TIPOS Y LOCALIZACIÓN DE LOS TUMORES MALIGNOS DEL I.D.  
Estocolmo, Suecia (6)

	Duodeno	yeyuno	íleon	total	%
Cáncer	5	4	2	11	39
Sárcoma	...	5	4	9	32
Sárcoma cel.reticularres ...	...	1	1	...	...
Leiomiomasarcoma	...	2	...	...	...
Otros	...	2	3	...	...
Carcinoide	...	2	6	8	29
Total	5	11	12	28	100

TIPOS Y LOCALIZACION DE LOS TUMORES BENIGNOS DEL I.D.  
Estocolmo, Suecia(6)

	Duodeno	yeyuno	íleon	total	%
Fibroma	...	...	1	1	10
Lipoma	...	1	...	1	10
Neuroma	2	...	...	2	20
Angioma	...	2	...	2	20
Pólipo	3*	1	...	4	40
Total	5	4	1	10	100

Se concluye en general que de los tumores del intestino delgado 2/3 son malignos y 1/3 benignos(1,5), siendo de los malignos más frecuente el adenocarcinoma (29.3%) seguido del linfoma (14.8%) el cual es generalmente de tipo Hodgkin después, el sárcoma (10.4%) que generalmente es leiomiomasarcoma y rara vez angiosarcoma o liposarcoma(1,5). Se han llegado a describir hasta 35 variantes histológicas. (1) En un estudio realizado en Inglaterra, Se incluyeron, leiomiomas, tumores vasculares, y neurofibromas y el linfoma fue



el maligno más común, en 13 pacientes, el carcinoide y adenocarcinoma se presento ambos en 7 pacientes, y el leiomiomasarcoma en 2.(6)

#### DISTRIBUCION DE LOS TUMORES MALIGNOS DEL INTESTINO DELGADO POR SUBLOCALIZACIONES Y TIPO HISTOLÓGICO (1)

Sublocalización	Adenocarcinoma	Carcinoide	Linfoma	Sarcoma
DUODENO	21.9	1.3	0.8	1.8
YEUONO	14.7	2.5	5.1	5.0
ILEON	8.7	25.5	8.9	3.6
Total	45.3	29.3	14.8	10.4

Mientras el adenocarcinoma es el tumor maligno más frecuente en el intestino delgado proximal el carcinoide es el tumor con más frecuencia en el íleon. El sarcoma y el linfoma pueden originarse en cualquier lugar del intestino delgado pero más frecuentes en la parte distal. El 25% de los casos presentan tumor sincrónico en colon, endometrio, mama y próstata(1).

#### *SINTOMATOLOGIA Y METODOS DIAGNOSTICOS*

El 75% de los pacientes con lesiones malignas de intestino delgado presentan síntomas gastrointestinales y en cambio en el caso de los tumores benignos solo se presentan síntomas en el 50% de los casos.(1) El dolor es el síntoma principal(65%)(9), seguido de la perdida de peso(50%) consecuencia de la anorexia , nausea y vomito; en general los datos de obstrucción intestinal corresponden al 25% y la perforación intestinal se presenta en el 10%, otros datos asociados son debilidad y melena, o el sangrado rectal franco. (1,6) De los pacientes con sangrado el 88% tuvo antecedente de hemorragia gastrointestinal crónica, las lesiones encontradas como causantes de la hemorragia fueron más frecuentes en el yeyuno que en el íleon; en el caso de los tumores malignos, hubo masa abdominal en el 39%, hepatomegalia en el

26% linfadenopatía en el 26% rigidez abdominal 26% y peristálsis visible en el 9%. (6). Una masa palpable es evidente en 25%. (1)

Lo insidioso de los síntomas hace que el diagnóstico se retrase de 6 a 8 meses, siendo mayor el retraso observado en el diagnóstico de las neoplasias malignas (3,10). Sólo se establece el diagnóstico correcto preoperatoriamente en el 50% de los casos (10), porque en la mayoría de los casos el diagnóstico se hace transoperatorio (3). La endoscopia del tracto gastrointestinal superior es un estudio muy valioso para el diagnóstico de neoplasias del intestino delgado ya que nos da la ventaja de la visualización directa y la toma de biopsia, claro que limitada al alcance del endoscopio. (10) Hay que tener en cuenta que los síntomas nos orientaran hacia el tipo de estudios necesarios. (11)

Todo paciente con sintomatología abdominal inespecífica debe someterse a anamnesis completa, a pruebas para detectar sangre oculta en heces, (11) y a todo un completo examen de laboratorio con medición de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en orina. 50% de las neoplasias de intestino delgado se pueden detectar por radiología, serie esofagogastroduodenal superior con estudio baritado y enteroclisis, la duodenografía puede dar el diagnóstico en el 86% de los casos, la endoscopia es diagnóstica en 8 de cada 9 pacientes. (1,9,11) Se ha visto que en casos en los cuales la endoscopia diagnóstica resulto negativa se puede realizar angiografía. (9)

La TAC detecta anomalías en el 97% de los tumores malignos del intestino delgado. La laparotomía exploradora sigue siendo la modalidad diagnóstica más sensible. La laparoscopia diagnóstica puede establecer el diagnóstico cuando los demás procedimientos no han dado resultado (9)

A pesar de los estudios auxiliares el diagnóstico se demora de 6 meses hasta 1 año. (11)

## *PRESENTACION DE ACUERDO AL TIPO Y HISTOLOGICO Y TRATAMIENTO*

### **LEIOMIOMAS**

Son el 20 al 40% de los tumores benignos del intestino delgado siendo considerados los más frecuentes (5), crecen hacia la luz del intestino delgado, lo cual determina la sintomatología, y su tratamiento consiste en la resección, (5) en caso de malignización se aprecia necrosis, pleomorfismo nuclear e incremento de la actividad mitótica. (5)

### **ADENOMAS**

Los adenomas del intestino delgado, aunque poco frecuentes se localizan en su mayoría en el duodeno (5), el dato clínico característico es la obstrucción y su diagnóstico se realiza con la endoscopia, observándose frecuentemente cercanos al ampulla de vater (5). Estas lesiones son de tipo polipóide en su mayoría y en caso de ser de tipo veloso se incrementa su riesgo de malignidad, el tratamiento consiste en la resección local en caso de estar en el 3ª y 4ª porción del duodeno, pero si se encuentran en la 1ª o 2ª porción hay que realizar pancreatoduodenectomía (5)

### **HAMARTOMAS DEL PEUTZ- JEGHERS**

Generalmente son de presentación multifocal y ocurren de manera primaria en el intestino delgado (5). Los síntomas van desde la obstrucción hasta la intususcepción(5). El manejo quirúrgico apropiado consiste en la enterotomía y polipectomía (5), muy frecuentemente ocurre malignización por lo que hay que revisar el estomago y colon durante el intraoperatorio. (5)

Los ANGIOMAS Y LIPOMAS son poco frecuentes; los angiomas se encuentra suscribiendo la pared del intestino delgado y se manejan mediante resección (5), en cuanto a los lipomas el síntoma principal sería la obstrucción parcial realizando la resección del segmento afectado (5).

## ADENOCARCINOMA

El Adenocarcinoma del intestino delgado tiene predilección por el duodeno con una ligera predominancia en la porción proximal del duodeno (12), originándose el 65% en la región periampular, esta neoplasia infiltra la muscular propia de la mucosa y puede extenderse a los tejidos adyacentes a través de la serosa. La ulceración es frecuente, la obstrucción se debe al crecimiento del tumor, su progresión tumoral es muy similar al del cáncer de colon. Del 70 al 80% de estas lesiones del intestino delgado son resecables en el momento del diagnóstico con supervivencia a 5 años entre el 20% y 30%. 35% de los casos presentarán metástasis en ganglios linfáticos regionales en el momento del diagnóstico y el 20% metástasis a distancia. La escisión amplia del tumor se requiere para erradicación completa de lesiones en yeyuno e íleon. Se realiza desde pancreatoduodenectomía hasta escisión amplia en caso de adenocarcinoma de duodeno, la pancreatoduodenectomía presenta una mejor limpieza del lecho tumoral y de los ganglios linfáticos regionales, la resección segmentaria del duodeno evita la morbilidad asociada a la pancreatoduodenectomía. Las resecciones más limitadas están asociadas con menos morbilimortalidad y proporcionan el mismo beneficio en la supervivencia de las resecciones más amplias. El adenocarcinoma de intestino delgado es radiorresistente, se ha recomendado quimioterapia con 5 fluoracilo y nitrosureas(1,13). Los adenocarcinomas del intestino delgado se han visto asociados a neurofibromatosis, así como neurofibromas, ganglioneuromas y leiomiomas(14).

## LINFOMA

El linfoma del intestino delgado es más frecuente en el íleon, originándose en los agregados linfoides de la submucosa. Se puede ulcerar y dar hemorragia, puede extenderse también a la serosa y tejidos adyacentes produciendo una masa obstructiva, clínicamente hay dolor abdominal y perforación en el 25% de los pacientes, puede aparecer como un tumor primario o como parte de una enfermedad sistémica con afectación del tracto gastrointestinal. El linfoma intestinal se presenta como una enfermedad tumoral voluminosa y el 75% superan 5cm de diámetro en el momento de la presentación. Se clasifican de bajo grado, intermedio y alto grado. Los factores pronósticos más importantes son el grado del tumor, la extensión de la penetración tumoral, afectación ganglionar, enfermedad peritoneal y



metástasis a distancia. El tratamiento es la resección quirúrgica extensa de la lesión primaria y si es necesario los ganglios linfáticos mesentéricos regionales. La radioterapia y quimioterapia concomitante se han usado para el tratamiento de las metástasis ganglionares, y de los márgenes de resección positivos así como en enfermedad irresecable.(1) El linfoma no Hodgkin ileocecal es raro por lo que es pobremente estudiado, pero no obstante es más común que el colorectal pero más raro que el linfoma gástrico, su manifestación incluye principalmente cuadros de constipación y diarrea de manera alterna, acompañándose de dolor, pérdida de peso, fiebre nocturna, y sangrado gastrointestinal. La resección primaria del linfoma no hodgkin de intestino delgado esta encaminada a controlar la hemorragia y prevenir la perforación. (15).

### TUMOR CARCINOIDE

Los tumores carcinoides del intestino delgado corresponden al grupo de tumores de la zona media del tubo embrionario junto con los tumores del apéndice(1).los carcinoides derivados de las células de kulchitsky se caracterizan por la producción de aminas biógenas y hormonas polipépticas (16). Los carcinoides del duodeno son originados en el intestino anterior o cefálico, y los carcinoides del yeyuno e íleon son originados en el intestino medio (16). Los síntomas para los tumores carcinoides del intestino delgado son similares a los de otros tumores malignos de este sitio.(1,5)La mayoría de las neoplasias malignas y tumores carcinoides se hallan en el íleon, siendo el síntoma principal el dolor y el sangrado, aunque el diagnóstico preoperatorio solo se realiza en 33% de los casos, se consideran los tumores malignos del intestino delgado entre 2 a6% de los tumores malignos del tracto gastrointestinal.(17)

Conforme un tumor carcinoide del intestino delgado progresa, hay fibrosis del mesenterio, que puede causar obstrucción intestinal y conducir a grados variables de isquemia mesentérica. Las manifestaciones hormonales de los tumores carcinoides (síndrome carcinoide) se observa en el 10% de los pacientes. Los síntomas del síndrome carcinoide son diarrea acuosa, eritema, sudoración, respiración jadeante, disnea, dolor abdominal, hipotensión y/o fallo del ventrículo derecho secundario a insuficiencia tricuspídea o estenosis pulmonar.(1)

Los tumores carcinoides secretan serotonina , aminas, taquinas, péptidos y prostaglandinas; y son los tumores endocrinos más frecuentes en el tracto gastrointestinal, se originan a partir de células enterocromafines localizadas predominantemente en tracto digestivo y bronquios. Los tumores carcinoides se observan en el apéndice 40%, intestino delgado 27%, recto 15% y bronquios 11%. Los carcinoides en el intestino delgado son nódulos intramurales, o de la submucosa de color amarillo, marrón claro o grisáceo; en los 60cm terminales del íleon, las localizaciones más frecuentes de las metástasis a distancia son el hígado y en menor proporción pulmón y hueso. Los tumores carcinoides del intestino delgado dan metástasis incluso cuando son menores a 1 cm, por lo que se recomienda resección amplia en bloque incluyendo mesenterio y ganglios adyacentes. Aproximadamente 40% de los tumores carcinoides del intestino delgado tienen un segundo tumor maligno en el tracto gastrointestinal, por lo que debe evaluarse la totalidad del intestino delgado y colon antes de intervenir quirúrgicamente. El tumor carcinoide del intestino delgado también se ha asociado a poliposis en tejidos de granulación. (7) En cuanto al manejo quirúrgico del tumor carcinoide, se puede complementar con la utilización del octreótide(16)

### SARCOMAS

Los sarcomas del intestino delgado son lesiones extremadamente raras,(5) de crecimiento lento que se originan más frecuentemente en el yeyuno e íleon, invaden tejidos adyacentes y dan metástasis a hígado, pulmón y hueso por vía hematógica predominantemente(1). Hay dolor en el 65% masa abdominal en el 50% y hemorragia. El 75% tiene más de 5cm de tamaño en el momento del diagnóstico. Los leiomiomas son el 75% de todos los sarcomas del intestino delgado mientras que los fibrosarcomas, liposarcomas y angiosarcomas son mucho menos frecuentes.. El sarcoma es el 10% de los tumores malignos del intestino delgado. La resección quirúrgica es el tratamiento fundamental dejando márgenes negativos, en el momento del diagnóstico el 50% de las lesiones son irresecables y superan los 5 cm de diámetro. Se puede dar quimioterapia y radioterapia adyuvante en el tratamiento del leiomioma.(1)

## PARAGANGLIOMA GANGLIOCITICO DUODENAL

El paraganglioma gangliocitico duodenal es un tumor muy raro, es una mezcla de tumor carcinoide, paraganglioma y ganglioneuroma descrito el primer caso en 1957 por Dahl, es más frecuente en la 6ª década de la vida, aunque se ha observado un rango de 28 a 80 años con una presentación más frecuente a los 52 años, el dato clínico que se presenta con mayor frecuencia es el sangrado gastrointestinal, seguido de dolor epigástrico, se encuentra más frecuente en la 2ª porción del duodeno con una predilección hacia el ámpula de Vater. (13)

## SISTEMA DE ESTADIFICACION DEL AJCC PARA TUMORES MALIGNOS DEL INTESTINO DELGADO (1)

### Tumor primario (T)

T1 Tumor que invade la lamina propia o submucosa

T2 Tumor que invade la muscular propia

T3 Tumor que invade la subserosa o el tejido perimuscular no peritonealizado (mesenterio o retroperitoneo) a través de la muscular propia en una extensión=<2cm

T4 Tumor que perfora el peritoneo visceral o invade directamente a otros órganos o estructuras (incluyendo otras asas de intestino delgado mesenterio o retroperitoneo >2cm y la pared abdominal incluyedo la serosa., en el caso de tumor duodenal incluye invasión del páncreas).

### Ganglios Linfaticos Regionales (N)

NO No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales

N1 Hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales

### Metástasis a Distancia (M)

M0 No hay metástasis a distancia

M1 Hay metástasis a distancia

### Estadios

Estadio I T1-T2 NO M0

Estadio II T3-T4 NO M0

Estadio III cualquier T N1 M0

Estadio IV cualquier T cualquier N M1

Las lesiones con hemorragia resultaron en su mayoría benignas, ubicándose más frecuentemente en el yeyuno que en el íleon. La perforación visceral se presentó en el 31% de los casos, la obstrucción intestinal en el 21% y masa abdominal en el 17% el diagnóstico preparatorio, solo fue correcto en el 31% de los casos, el tratamiento quirúrgico incluyó la resección segmentaria con linfadenectomía regional. La mortalidad operatoria fue del 13% y la morbilidad del 36%. La supervivencia a 5 años para los tumores malignos fue 24%, siendo la mayor para los carcinoides.(2)

### Sistema de estadificación de DUKES modificado por Astler-Coller (18)

Clasificación	descripción
Estadio	
A	limitado a submucosa con nódulos negativos
B1	invade muscular propia con nódulos negativos
B2	sobre pasa la muscular propia y nódulos negativos
C1	invasión a la muscular propia y nódulos positivos
C2	Atraviesa la muscular propia con nódulos positivos
D	Metástasis a distancia
Grado	
I	bien diferenciado
II	moderadamente diferenciado
III	pobremente diferenciado

El plan de estudio previo a la cirugía incluye un examen completo de sangre y bioquímico, con placas radiográficas de abdomen, en todos los pacientes, en caso de hemorragia se realizó colonoscopia, también se complementó con ultrasonografía, estudios baritados gastrointestinales y tomografía computada, así como angiografía visceral.(1,3,6) Recalcando la importancia de la endoscopia del tracto gastro intestinal(19)



La sobrevida después del diagnóstico de los tumores primarios del intestino delgado depende de la prontitud en el diagnóstico para poder realizar el manejo quirúrgico lo antes posible (11)

El tratamiento de los tumores yeyunoileales va desde la resección segmentaria o limitada hasta la hemicolectomía derecha, no obstante, se puede dar radioterapia o quimioterapia postoperatoria esto como tratamiento adyuvante.(2)

Para las lesiones benignas el manejo más frecuente es la realización de biopsia y la excisión local, en cuanto a las lesiones malignas la mayoría 56% tiene nódulos linfáticos positivos al momento de decidirse por el procedimiento quirúrgico lo cuál sugiere una menor sobrevida no obstante la cirugía ampliada.(20)

En general la sobrevida para los tumores malignos del intestino delgado es mala debido al retraso en el diagnóstico lo que con lleva a un retraso en el tratamiento quirúrgico, y la quimioterapia y radio terapia adyuvantes, un ejemplo de esto es el adenocarcinoma duodenal que es una lesión maligna con una pobre sobrevida a 5 años.(12)

## **ASPECTOS DE LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO**

### **ADENOCARCINOMA DEL INTESTINO DELGADO**

Opciones de tratamiento:

Estándar:

1. Para enfermedad primaria resecable:

resección quirúrgica radical.[1]

2. Para la enfermedad primaria irreseccable:

desvío quirúrgico de la lesión obstructora  
radioterapia paliativa.

En evaluación clínica:

### 1. Para la enfermedad primaria irresecable:

pruebas clínicas que evalúan métodos para mejorar el control local, como el uso de radioterapia con radiosensibilizadores con o sin quimioterapia sistémica.

### 2. Para la enfermedad metastática irresecable:

pruebas clínicas que evalúan el valor que tienen los fármacos anticancerosos nuevos y productos biológicos (estudios en fase I y II). (21)

## **LINFOMA DEL INTESTINO DELGADO**

Opciones de tratamiento:

Estándar:

### 1. Para la enfermedad localizada en la pared intestinal (etapa IE):

resección quirúrgica sola puede bastar si 12 o más ganglios linfáticos son extraídos y se prueba que tienen resultado negativo, pero debe considerarse agregar quimioterapia de combinación o irradiación al tratamiento.

### 2. Para extensión de la enfermedad a los ganglios linfáticos regionales:

resección quirúrgica al momento del diagnóstico. Quimioterapia de combinación es entonces el tratamiento de elección.

### 3. Para la enfermedad irresecable y extensa:

la quimioterapia de combinación es el tratamiento preferido la radioterapia a menudo se emplea para reducir el riesgo de recidiva en la base del tumor. (21)

## **LEIOMIOSARCOMA DEL INTESTINO DELGADO**

Opciones de tratamiento:

Estándar:

### 1. Para la enfermedad primaria resecable:

resección quirúrgica radical.

### 2. Para la enfermedad primaria irresecable:

desvío quirúrgico de la lesión obstructora y radioterapia.

### 3. Para la enfermedad metastática irresecable:

cirugía paliativa

radioterapia paliativa

quimioterapia paliativa.

En evaluación clínica:

Para la enfermedad irresecable primaria o metastática:

pruebas clínicas que evalúan el valor que tienen los fármacos anticancerígenos nuevos y los productos biológicos. (21)

## **CANCER RECURRENTE DEL INTestino DELGADO**

Opciones de tratamiento:

### 1. Para adenocarcinoma metastático o leiomiomasarcoma:

No hay una quimioterapia eficaz estándar para adenocarcinoma metastático recidivante o leiomiomasarcoma del intestino delgado. Todos los pacientes deben ser considerados evaluando el uso de nuevos fármacos anticancerígenos o productos biológicos en pruebas en fase I y II.

### 2. Para el linfoma:

(Para mayor información, ver el sumario del PDQ sobre el tratamiento del linfoma no Hodgkin.)

### 3. Para la enfermedad localmente recidivante:

- cirugía
- radioterapia paliativa
- quimioterapia paliativa
- pruebas clínicas que estén evaluando las formas de mejorar el control local, tales como el uso de radioterapia con radiosensibilizadores con o sin quimioterapia sistémica. (8)

## PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

### *Objetivo:*

Conociendo los antecedentes de los tumores del intestino delgado, surge la inquietud de saber *¿Cuál es la frecuencia de los tumores del intestino delgado reportados en la unidad de patología del Hospital Juárez de México en los últimos 5 años?*

Para llegar a este objetivo, se decidió estudiar las características y diferentes variedades histológicas de los tumores del intestino delgado, con la finalidad de plantearnos un diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz.

### *Material y Métodos*

Revisamos retrospectivamente, 39719 reportes histopatológicos existentes del 1º de enero de 1997 al 1º de enero del 2002, cuantificando en estos el total de neoplasias del tracto gastrointestinal, y el porcentaje de tumores primarios del intestino delgado. Después se realizó la revisión de los expedientes clínicos, observándose cuál fue el manejo que se dio posterior al diagnóstico.

### *VARIABLES*

EDAD

SEXO

REPORTE HISTOPATOLOGICO DE TUMOR DE INTESTINO DELGADO

ANTECEDENTES RELACIONADOS CON LA NEOPLASIA DE INTESTINO DELGADO

METODO DIAGNOSTICO

MANEJO AMBULATORIO E INTRAHOSPITALARIO

CIRUGIA REALIZADA

LOCALIZACION DEL TUMOR EN EL INTESTINO DELGADO

Este estudio fue de tipo transversal, descriptivo y observacional.

El estudio incluyó, todos los reportes de patología con diagnóstico de tumor primario de intestino delgado. Haciendo un comparativo con la cantidad de tumores de tracto gastrointestinal reportados también por patología; del 1° de enero de 1997 al 1° de enero del 2002.

Se abarco a todos los pacientes del sexo femenino y masculino con diagnóstico de tumor primario de intestino delgado, independientemente de la edad.

La exclusión se realizó en los casos, en los que no se pueda corroborar si se trata de un tumor primario de intestino delgado, en los cuales el expediente se encontró incompleto para llegar a dicho diagnóstico y en los casos que correspondieron a reportes realizados para pacientes de otro hospital.

El consentimiento informado no fue requerido.

*PALABRAS CLAVE:*

Tumores intestinales  
Intestino Delgado

## RESULTADOS

Se realizó la revisión de 39719 reportes de patología, comprendidos durante años del 1º de enero de 1997 al 1º de enero del 2001, encontrándose durante este lapso de tiempo 611 reportes con diagnóstico de tumores del tracto gastrointestinal, de los cuáles se excluyeron para fines estadísticos 12 reportes que correspondían a muestras de hospitales foráneos, quedando un total de 599 tumores del tracto gastrointestinal, correspondiendo a tumores de colon 291 (48.58%), tumores gástricos 203 (33.88%), tumores del esófago 56 (9.34%), tumores del intestino delgado 25 (4.17%), tumores del ampulla de vater (periampulares) 16 (2.67%), y tumores de la unión esofagogastrica 9 (1.50%). De los 25 tumores del intestino delgado, 5 correspondieron a tumores metastásicos por lo que únicamente 20 (3.33%) fueron tumores primarios del intestino delgado, de estos 20 se excluyeron 5 de los cuales no se encontró expediente clínico en 3 y el expediente fue incompleto en 2 por lo que nos quedan únicamente para fines de estudio estadístico 15 tumores primarios de intestino delgado que corresponden a un 2.5% del total de los tumores del tracto gastrointestinal.

Se encontró que de los 15 pacientes con expediente 9 (60%) fueron mujeres, y 6 (40%) hombres. Las edades de los pacientes oscilaron entre los 39 y los 86 años de edad teniendo como el promedio de edad 55 años. El diagnóstico fue realizado en la mayoría de los casos mediante biopsia endoscópica en 9(60%), por cirugía de urgencia (26.6%), por TAC en 1 caso (6.6%) y por cirugía programada 1 caso (6.6%). Entre, el inicio de los síntomas y el diagnóstico se encontró un tiempo que fluctuó de 1 año a 1 mes. Los síntomas que se presentaron más frecuentemente fueron, el dolor abdominal en 12 (80%) de los casos, ataque al estado general con astenia, adinamia, e hiporexia se presentó en 6 pacientes (40%), seguido en frecuencia de la pérdida de peso en 5 (33.33%) de los casos, y sangrado en las evacuaciones, ya sea como hematoquezia o melena en

4(26.6%). De los 15 pacientes solo 7 (46.6%), presentaban anemia determinada por laboratorio con hemoglobina menor de 10mg/dl. Solo 3 (20%), tenían reportado antecedente familiar de cáncer el cuál en ninguno de los 3 casos correspondió a neoplasia del intestino delgado, únicamente cáncer mamario, gástrico, cervico uterino y de próstata. Los tumores primarios de intestino delgado se localizaron en su mayoría en el Duodeno en 9 (60%), en el cuál se encontraron 3 pólipos adenomatosos, 2 adenocarcinomas de primera porción de duodeno, 1 tumor carcinoide, 1 tumor del estroma gastrointestinal, 1 linfoma no Hodgkin y 1 carcinoma pobremente diferenciado; en el Ileon en 5 (33.3%), correspondiendo a 2 linfomas no Hodgkin, 1 adenocarcinoma, 1 fibrosarcoma, y 1 tumor carcinoide; y en yeyuno en 1 caso (6.6%) que correspondió a un linfoma no hodgkin. El 80% reportados como malignos (12 casos) y 20% benignos (3 casos).

El manejo que se les dio posterior al diagnóstico en los 15 pacientes fue: Resección intestinal con ileostomía en 3 casos (20%), Resección intestinal con enteroenteroanastomosis en 2 casos (13.3%), Polipectomía en 2 casos (13.3%), polipectomía + manejo por infectología 1 (6.6%), paciente VIH positivo, Gastroyeyuno anastomosis 1 (6.6%), Yeyunostomia + radioterapia 1 (6.6%), Derivación biliopancreatica 1 (6.6%), sin manejo posterior al diagnóstico 2 (13.3%)ambos dejaron de acudir, y 1 (6.6%) falleció antes de iniciar tratamiento a los 11 días del diagnóstico.

De los 15 casos 4(26.6%)fallecieron, sólo 2 (13.3%) pacientes tienen hasta el momento seguimiento por oncología en tumores mixtos, y 9 pacientes (60%) se encuentran sin notas de seguimiento desde hace más de 1año, 1 de ellos con manejo previo por tumores mixtos. De los pacientes fallecidos la mayor sobrevivida se observo a 2 años en 1 paciente (6.6%), y la menor a 11 días del diagnostico; 2 (13.3%) fallecieron al año del diagnóstico.

**DISTRIBUCION DE LOS TUMORES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL DE 1997 AL 2001.**

Localización	no. casos
ESOFAGO	56 (9.35%)
UNION ESOFAGO GASTRICA	8 (1.34%)
ESTOMAGO	203 (33.89%)
INTESTINO DELGADO	25 (4.17%)
AMPULA VATER (periampular)	16 (2.67%)
COLON	291 (48.58%)
TOTAL	599 (100%)

**TUMORES DEL INTESTINO DELGADO DE 1997 AL 2001**

TUMORES PRIMARIOS DE INTESTINO DELGADO:	20
TUMORES METASTASICOS A INTESTINO DELGADO:	5
Total	25



**REPORTE DE TUMORES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL Y DEL  
INTESTINO DELGADO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS EN EL HOSPITAL  
JUAREZ DE MEXICO.**

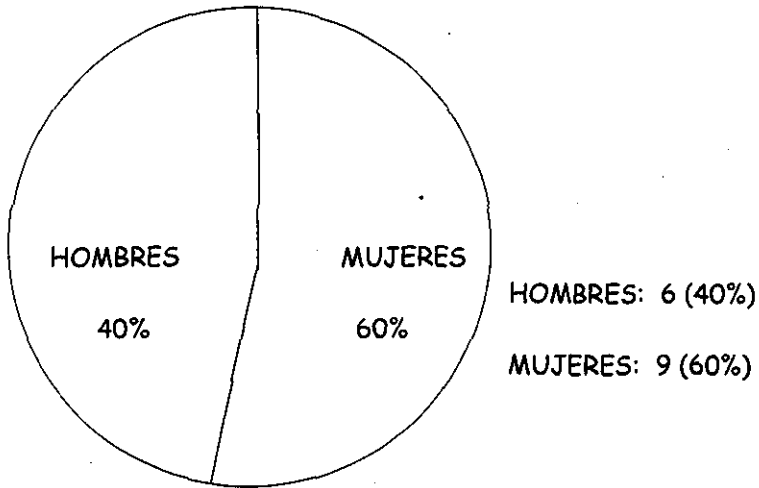
AÑO	TUMORES DEL TRACTO G.I.	TUMORES DEL INT. DELGADO
1997	100	3 (3.00%)
1998	86	1 (1.16%)
1999	145	5 (3.44%)
2000	147	6 (4.08%)
2001	121	5 (4.13%)
<b>TOTAL</b>	<b>599</b>	<b>20* (3.33%)</b>

\* se eliminaron 5 casos por no contar con los expedientes quedando: 15 (2.50%)

**TUMORES DEL INTESTINO DELGADO PRESENTACION POR SEXO EN  
CADA UNO DE LOS 5 AÑOS REVISADOS.**

	TUMORES DEL INT. DELGADO	MASCULINO	FEMENINO
1997	0	0	0
1998	1	0	1
1999	4	2	2
2000	5	2	3
2001	5	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>15(100%)</b>	<b>6(40%)</b>	<b>9(60%)</b>

**TUMORES DEL INTESTINO DELGADO PORCENTAJE DE PRESENTACION EN CUANTO A SEXO**



HOMBRES: 6 (40%)

MUJERES: 9 (60%)

TUMORES DEL INT. DELGADO: 15

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

**MANEJO REALIZADO EN LOS PACIENTES CON TUMORES DEL  
INTESTINO DELGADO POSTERIOR AL DIAGNOSTICO:**

	no. casos
Resección intestinal + ileostomía	3
Resección intestinal + EEATT*	2
Polipectomía endoscópica	2
Polipectomía endoscópica+ infectología	1
Yeyunostomía + radioterapia	1
Gastroyeyuno anastomosis paliativa	1
Derivación biliopancreática	1
Paliativo, sintomático (únicamente)	1
Sin manejo por no acudir	2
Falleció antes del inicio del tratamiento	1
Total	15

\*Entero Entero Anastomosis Terminal Terminal

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

TIPOS DE TUMORES DE ACUERO AL SEGMENTO DE INTESTINO DELGADO.

DUODENO	YEYUNO	ILEON
Adenocarcinoma 2	linfoma no Hodgkin 1	linfoma no Hodgkin 2
Pólipo adenomatoso 3		fibrosarcoma 1
Linfoma no Hodgkin 1		adenocarcinoma 1
Carcinoma 1		tumor carcinoide 1
Tumor carcinoide 1		
Tumor del estroma-gastrointestinal 1		
total 9	1	5 = 15

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## DISCUSION

En el Hospital Juárez de México, los tumores del tracto del intestino delgado corresponden a un mínimo porcentaje del total de los tumores del tracto gastrointestinal, estudio de los casos se ve obstaculizado por la falta de integración adecuada de los expedientes o la falta total de los mismos. En el reporte de los tumores del intestino delgado, se aprecio un predominio en el sexo femenino (60%) contrario al reporte de la literatura, en el cuál se indica predominante el sexo masculino, la mayoría de los tumores del intestino delgado contrario a lo que se piensa se diagnosticaron mediante un procedimiento de gabinete siendo en este caso la endoscopia, complementada con tomografía, no obstante la cirugía de urgencia con diagnóstico transoperatorio sigue teniendo un lugar importante en el diagnóstico de esta patología, por lo que esto nos hace notar que existe una falta de sospecha diagnóstica. No es que no exista el padecimiento sino que el diagnóstico se esta realizando de manera tardía, lo anterior se sustenta en que la demora desde la aparición de los síntomas, hasta el diagnóstico en la mayoría de los casos sobre pasa los 6 meses llegando hasta el año, tiempo crucial para la diseminación ganglionar y metastásica de la neoplasia.

Se aprecia un predominio de los tumores primarios del intestino delgado, en el duodeno, lo cuál coincide con el reporte de la revisión previa, no obstante en segundo lugar se encontraron los localizados en el íleon y no el yeyuno, en cuanto a la presencia de las tumoraciones en íleon se aprecio que el total de estas fueron malignas. En cuanto a los tipos histológicos, se apareció que los más frecuentes fueron los pólipos adenomatosos y adenocarcinomas localizados en el duodeno. Mientras que el único tumor reportado en el yeyuno fue el linfoma no hodgkin. La mayoría correspondió a tumores malignos lo que coincide con las referencias encontradas en otros estudios.

No se tuvo ningún seguimiento a 5 años ya que la mayor sobrevivida que se aprecio fue a 2 años (6.6%); considerando el alto número de ausencia de seguimiento.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## CONCLUSIONES

Los resultados que se obtienen en la supervivencia de los pacientes con tumoración primaria del intestino delgado y la calidad de la sobrevida, se ven afectados debido a la falta de un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, no obstante, es notable señalar que a pesar de que el 80% de los tumores primarios del intestino delgado correspondieron a tumores malignos, únicamente 3 fueron atendidos por oncología en el servicio de tumores mixtos, lo cuál podría suponer una falta de referencia adecuada de los pacientes o bien la deserción de los mismos. Debido a la falta de seguimiento la mayor sobrevida apreciada fue a 2 años (6.6%) y las otras 3 defunciones antes del año del diagnóstico. El diagnóstico fue retardado hasta 1 después del inicio de los síntomas, lo cuál es determinante en la evolución del padecimiento incrementando la mortalidad.

Hay que tener siempre presente la posibilidad diagnóstica de tumor de intestino delgado, ante los pacientes que presenten sintomatología vaga de tubo digestivo, sin mejoría, a pesar de los manejos médicos; ya que como se ha revisado y comprobado mediante los resultados de este estudio, en su mayoría corresponde a tumores malignos, lo cuál requiere de la mayor rapidez en el diagnóstico, para asegurarnos que la posibilidad de un tratamiento quirúrgico, el único curativo hasta el momento, se aplicada oportunamente, o bien, se logre un tratamiento paliativo que permitan al paciente una mejor sobrevida.

## **ANEXOS**

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

1997 Expediente	tipo de tumor	edad	sexo	no. BJ
257198	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado del Esófago 1/3 medio y distal	63ª	M	0028-97
260175	Adenocarcinoma de Ciego moderadamente diferenciado	76ª	F	0059-97
245806	Pólipo hiperplásico de anastomosis gastroyeyunal	33ª	M	0067-97
242671	Pólipo Hiperplásico Faveolar Gastrico	69ª	M	0103-97
251037	Linfoma difuso de células pequeñas no hendidas de intestino delgado	34ª	M	0136-97
s/n exp	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo intestinal Gástrico	71ª	M	0281-97
242436	Pólipo adenomatoso de colon	84ª	M	0282-97
220116	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon	29ª	F	0286-97
258236	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de unión esófago gastrica	38ª	F	0303-97
259565	Adenocarcinoma Gástrico cel. en anillo de sello	74ª	F	0400-97
261774	Carcinoma Gástrico de tipo Intestinal	61ª	M	0441-97
166527	Carcinoma epidermoide de mucosa oral	36ª	M	0497-97
262800	Pólipo adenomatoso de Colon	50ª	M	0526-97
290197	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de Recto	29ª	F	0549-97
262403	Carcinoma Gástrico difuso	49ª	F	0587-97
263557	Adenocarcinoma Gástrico	36ª	M	0608-97
263653	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado en Duodeno primario en ampula de vater	60ª	F	0697-97
227921	Adenocarcinoma difuso ulcerado antro Gástrico	68ª	M	0769-97
264063	Adenocarcinoma de tipo intestinal antro Gástrico	71ª	M	0830-97
264922	Adenocarcinoma bien diferenciado de recto sigmoides	65ª	M	0894-97
263557	Adenocarcinoma poco diferenciado Gástrico	56ª	M	0933-97
257036	Adenoma poco diferenciado Gástrico difuso	29ª	F	0935-97
240297	Mucocele apendicular	42ª	F	0983-97
266608	lipoma maduro submucoso ulcerado de colon descendente	50ª	M	1023-97
267256	Carcinoma epidermoide del Esófago	65ª	M	1164-97
266772	polipo de retención de colon	21ª	F	1209-97
265894	Adenocarcinoma mucosecretor de estomago	50ª	M	1425-97
264522	Adenocarcinoma Gástrico de tipo intestinal	39ª	M	1541-97
221738	Adenoma vellosa de intestino grueso en recto	83ª	M	1589-97
270770	Adenocarcinoma tipo intestinal cel en anillo de sello gástrico	48ª	F	1719-97
258560	Pólipo de retención anal	13ª	M	1760-97
271617	Polipo rectal inflamatorio juvenil	8ª	M	1852-97
001214	Pólipo adenomatoso de colon ascendente	56ª	F	1880-97
271967	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de Colon		M	1904-97



<i>Expediente</i>	<i>tipo de tumor</i>	<i>edad</i>	<i>sexo</i>	<i>no. BJ</i>
271852	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon	72 <sup>a</sup>	F	1912-97
269458	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de ciego que infiltra apendice vermiforme	23 <sup>a</sup>	F	1918-97
s/n exp.	Adenocarcinoma de colon ascendente	52 <sup>a</sup>	F	2012-97
271972	Adenocarcinoma gástrico difuso	54 <sup>a</sup>	M	2039-97
273376	Adenocarcinoma de colon bien diferenciado	28 <sup>a</sup>	M	2091-97
141351	Adenoma vellosa (polipo)rectal	32 <sup>a</sup>	F	2095-97
271679	Carcinoma epidermoide de esofago	69 <sup>a</sup>	F	2158-97
272649	Carcinoma epidermoide esofágico	50 <sup>a</sup>	F	2175-97
271479	Carcinoma gástrico poco diferenciado	50 <sup>a</sup>	F	2228-97
271387	Linfoma no Hodgkin difuso del estomago	80 <sup>a</sup>	f	2271-97
233310	Carcinoma de tipo difuso ulcerado de unión esofagogastrica	59 <sup>a</sup>	F	2332-97
257853	Pólipo adenomatoso de recto sigmoides	3 <sup>a</sup>	F	2447-97
115629	Adenoma tubular Rectal	40 <sup>a</sup>	M	2488-97
267546	Carcinoma gástrico difuso cel. en anillo de sello	41 <sup>a</sup>	M	2490-97
274470	Adenocarcinoma de colon sigmoides	63 <sup>a</sup>	M	2606-97
284458	Adenocarcinoma bien diferenciado de Recto	29 <sup>a</sup>	M	2669-97
259732	Adenoma fibrilar de colonsigmoides	47 <sup>a</sup>	M	2797-97
276935	Leiomioma de colon e ileoncon degeneración quística	29 <sup>a</sup>	M	2860-97
277252	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado colon	41 <sup>a</sup>	M	2921-97
277186	Neuroma del apendice	45 <sup>a</sup>	F	2963-97
276820	<b>Adenoma moderadamente diferenciado Duodeno</b>	80 <sup>a</sup>	F	2985-97
276046	Carcinoma Gástrico de tipo intestinal	73 <sup>a</sup>	F	3018-97
278824	Adenocarcinoma bien diferenciado de ciego	56 <sup>a</sup>	M	3292-97
279739	Adenocarcinoma de mucosa anal	78 <sup>a</sup>	M	3307-97
277961	Pólipo inflamatorio juvenil anal	6 <sup>a</sup>	F	3316-97
280060	adenocarcinoma de sigmoides y recto	55 <sup>a</sup>	M	4264-97
264556	Adenocarcinoma bien diferenciado de sigmoides	60 <sup>a</sup>	F	3663-97
281755	Adenocarcinoma Gástrico difuso	42 <sup>a</sup>	M	3685-97
282459	Adenocarcinoma Gástrico tipo intestinal ulcerado	71 <sup>a</sup>	M	3824-97
276224	Adenocarcinoma gástrico	75 <sup>a</sup>	M	3961-97
282222	Adenocarcinoma de ciego invadiendo valvula ileocecal	40 <sup>a</sup>	F	3978-97
279854	Carcinoma de ciego y valvula ileocecal	66 <sup>a</sup>	F	3974-97
027840	Adenocarcinoma de ampula de vater	73 <sup>a</sup>	F	3980-97
283476	Adenocarcinoma de mucosa anal	80a	F	4026-97
242053	Adenoma de recto bien diferenciado	60 <sup>a</sup>	F	4333-97
278824	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon	56 <sup>a</sup>	M	4427-97
220361	Adenoma tubular rectal	61 <sup>a</sup>	F	4467-97
283573	Adenoma tubular de colon	34 <sup>a</sup>	M	4500-97
283961	Adenoma intestinal gástrico	46 <sup>a</sup>	M	4520-97
284759	Adenocarcinoma de ciego	27 <sup>a</sup>	F	4769-97
231432	Carcinoma difuso Gástrico, cel. anillo de sello	60 <sup>a</sup>	F	4934-97
288131	Adenocarcinoma de recto	41 <sup>a</sup>	F	4951-97
288328	carcinoma Gástrico difuso cel. en anillo de sello	48 <sup>a</sup>	F	5085-97
282596	Adenocarcinoma de colon	62 <sup>a</sup>	M	5129-97
287152	Adenoma de Recto	44 <sup>a</sup>	M	5279-97
288091	Adenocarcinoma de ampula de vater	48 <sup>a</sup>	M	5500-97

<i>Expediente</i>	<i>tipo de tumor</i>	<i>edad</i>	<i>sexo</i>	<i>no. BJ</i>
277210	Adenocarcinoma de colon	56 <sup>a</sup>	M	5550-97
291846	Adenocarcinoma de tipo intestinal de estomago	63 <sup>a</sup>	M	5565-97
280430	Pólipo hiperplasico faveolar Gástrico	51 <sup>a</sup>	M	5568-97
292301	Adenocarcinoma de colon poco diferenciado	68 <sup>a</sup>	F	5597-97
001701	Adenocarcinoma de recto sigmoides	84 <sup>a</sup>	M	5616-97
212772	Linfoma no Hodgkin en pared de intestino delgado	31 <sup>a</sup>	M	5730-97
078688	Pólipo inflamatorio de colon descendente	65 <sup>a</sup>	F	5900-97
120972	Adenocarcinoma de unión esofago gástrica		F	5983-97
293983	Adenocarcinoma Gástrico de tipo intestinal	76 <sup>a</sup>	F	6035-97
289089	Pólipo juvenil de Recto	11 <sup>a</sup>	F	6091-97
294022	Adenocarcinoma ulcerado de esófago	55 <sup>a</sup>	F	6124-97
294801	Carcinoma epidermoide esofágico	58 <sup>a</sup>	M	6202-97
295966	Carcinoma gástrico cel anillo de sello	32 <sup>a</sup>	F	6239-97
296735	Adenocarcinoma mucoproducor de sigmoides	70 <sup>a</sup>	F	6388-97
296875	Adenocarcinoma Gástrico difuso ulcerado	43 <sup>a</sup>	M	6422-97
233967	Pólipo adenomatoso de colon sigmoides	62 <sup>a</sup>	M	6608-97
292538	Adenocarcinoma ulcerado de recto sigmoides	71 <sup>a</sup>	m	6650-97
298203	Adenocarcinoma gástrico difuso cel anillo de sello	49 <sup>a</sup>	F	6704-97
192619	Adenocarcinoma ulcerado de recto	58 <sup>a</sup>	F	6719-97
297146	Adenocarcinoma gástrico difuso	60 <sup>a</sup>	F	6744-97
293238	Adenocarcinoma gástrico difuso	34	F	6908-97

#### 1998

302714	Pólipo juvenil ulcerado en colon	6 <sup>a</sup>	M	0029-98
301277	Adenocarcinoma del canal anal	58 <sup>a</sup>	M	0049-98
302895	Adenocarcinoma de tipo intestinal Gástrico	47 <sup>a</sup>	F	0142-97
133050	Carcinoma gástrico cel anillo de sello	75 <sup>a</sup>	F	0212-98
292836	Carcinoma pobremente diferenciado difuso de Duodeno	55 <sup>a</sup>	F	0425-98
304009	Pólipo hiperplásico en ciego	64 <sup>a</sup>	F	0513-98
301869	Pólipo hiperplasico en Recto	49 <sup>a</sup>	F	0514-98
305133	Pólipo hiperplasico en recto juvenil ulcerado	5 <sup>a</sup>	F	0572-98
303722	Pólipo hiperplasico faveolar Gástrico	37 <sup>a</sup>	M	0683-98
s/n exp	carcinoma de unión esofagogastrica	56 <sup>a</sup>	F	0760-98
s/n exp	Pólipo hiperplasico gástrico	32 <sup>a</sup>	M	0883-98
230737	Pólipos tubulovelloso en recto sigmoides	44 <sup>a</sup>	M	1056-98
308592	tumor carcinoide de Apendice rectal	17 <sup>a</sup>	M	1265-98
277824	Adenocarcinoma de colon	55 <sup>a</sup>	M	1449-98
303761	Carcinoma Gástrico difuso	57 <sup>a</sup>	F	1508-98
307874	Linfoma gástrico y polipo prepiloricó	73 <sup>a</sup>	F	1579-98
310879	Adenocarcinoma 1/3 distal esófagico	52 <sup>a</sup>	M	1689-98
309192	Carcinoma gástrico difuso	47 <sup>a</sup>	F	1827-98
309824	Adenoma tubular de sigmoides	65 <sup>a</sup>	M	1861-98
301869	Adenocarcinoma de ampula de vater	40 <sup>a</sup>	F	1966-98
299952	Adenocarcinoma ulcerado de recto sigmoides	52 <sup>a</sup>	F	2144-98
313481	Carcinoma neuroendocrino polipo de colon			2179-98
041659	Carcinoma antral difuso Gástrico	62 <sup>a</sup>	M	2303-98

<i>Expediente</i>	<i>tipo de tumor</i>	<i>edad</i>	<i>sexo</i>	<i>no. BJ</i>
312719	Carcinoma epidermoide esofágico	48ª	M	2408-98
262800	Pólipo hiperplásico en transverso y adenoma tubulovelloso en sigmoides	71ª	M	2506-98
068047	Pólipo hiperplásico gástrico	62ª	F	2542-98
315125	Adenocarcinoma Gástrico	66ª	M	2601-98
309960	Pólipo inflamatorio gástrico	36ª	M	2604-98
316180	Adenocarcinoma de colon	63ª	F	2777-98
316424	Adenocarcinoma Gástrico de tipo intestinal	75ª	M	2842-98
316521	Adenocarcinoma de Recto	47ª	M	2891-98
307006	Adenocarcinoma Gástrico, cel. en anillo de sello	52ª	M	2982-98
318614	Adenoma tubular de colon sigmoides	34ª	M	2984-98
318924	Carcinoma epidermoide queratinizante de esófago	56ª	F	2989-98
317728	Adenocarcinoma de colon ascendente	64ª	F	3003-98
318200	Adenocarcinoma gástrico ce. en anillo de sello	42ª	F	3032-98
100598	Adenocarcinoma de recto	65ª	M	3063-98
318097	Adenocarcinoma de Recto moderadamente diferenciado	82ª	F	3073-98
315456	Adenocarcinoma gástrico difuso cel. anillo de sello	39ª	M	3076-98
319199	Adenocarcinoma gástrico difuso cel. anillo de sello	58ª	F	3138-98
319947	Carcinoma gástrico de tipo intestinal ulcerado	73ª	F	3144-98
32055	Carcinoma epidermoide de 1/3 medio esófago	57ª	M	3454-98
s/n exp	Adenocarcinoma gástrico	32ª	M	3465-98
316440	Adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal	78ª	F	3481-98
316813	Adenocarcinoma de ciego	50ª	F	3540-98
322401	Adenocarcinoma esofagico tipo intestinal	58ª	M	3643-98
318251	Adenocarcinoma mucoproduccion de recto sigmoides	46ª	F	3648-98
313540	Tumor ulcerado gástrico del estroma gastrointestinal	54ª	M	3744-98
297831	Pólipo hiperplásico faveolar gástrico	29ª	F	3773-98
323666	Adenoma tubulovelloso de colon	55ª	M	3854-98
180803	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de recto	87ª	M	3968-98
325555	Adenocarcinoma poco diferenciado de Íleon CA. CU	46ª	F	4257-98
326395	Adenocarcinoma de 1/3 distal del esófago y cuerpo gástrico	54ª	M	4326-98
326054	Adenocarcinoma gástrico	52ª	M	4373-98
321256	Adenocarcinoma de Recto sigmoides	80ª	F	4480-98
s/n exp	Pólipo adenomatoso tubular de colon transverso	76ª	F	4484-98
325151	Carcinoma poco diferenciado de mucosa duodenal carcinoma neuroendocrino de ampula de vater Ca., páncreas	33ª	M	4518-98 5034-98
327724	Polipo adenomatoso de colon ascendente	28ª	F	4634-98
326581	Adenocarcinoma Rectal bien diferenciado	65ª	F	4649-98
001942	Adenocarcinoma Gástrico difuso cel. anillo de sello	64ª	M	4652-98
328916	Pólipo gástrico hiperplásico	39ª	F	4722-98
326033	Pólipo adenomatoso en recto sigmoides y ciego	62ª	F	4951-98
328633	Adenocarcinoma ulcerado de recto	48ª	F	4981-98
325646	Adenocarcinoma de ampula de vater	53ª	M	5106-98
330071	Adenocarcinoma gástrico tipo intestinal	82ª	M	5250-98
326581	Adenocarcinoma de recto sigmoides ulcerado	65ª	F	5380-98
329805	Adenocarcinoma de estómago de tipo intestinal	66ª	M	5529-98
327991	Linfoma no Hodgkin de tejido linfóide gástrico	54ª	M	5667-98

<i>Expediente</i>	<i>tipo de tumor</i>	<i>edad</i>	<i>sexo</i>	<i>no. BJ</i>
336860	Adenocarcinoma de recto sigmoides	51 <sup>a</sup>	M	5877-98
332943	Adenoma tubulovelloso en recto	50 <sup>a</sup>	M	5983-98
245742	Pólipo adenomatoso tubular en región anal	50 <sup>a</sup>	M	6032-98
335434	Adenoma gástrico de tipo intestinal	97 <sup>a</sup>	F	6163-98
336521	Adenocarcinoma de colon	69 <sup>a</sup>	M	6440-98
336232	Pólipo Hamartomatoso de mucosa rectal	17 <sup>a</sup>	f	6460-98
337209	Pólipo hiperplásico gástrico	47 <sup>a</sup>	F	6544-98
251976	Mucocele en apidece cecal con calcificación distrofica	61 <sup>a</sup>	F	6559-98
324715	Carcinoma epidermoide no queratinizante 1/3 sup y medio del esófago	65 <sup>a</sup>	F	6572-98
334508	Adenocarcinoma de colon	23 <sup>a</sup>	F	6689-98
280529	Adenocarcinoma bien diferenciado de ampula de vater	63 <sup>a</sup>	M	6692-98
336899	Adenoma tubular de recto	45 <sup>a</sup>	f	6693-98
337925	Pólipo hiperplásico gástrico	66 <sup>a</sup>	F	6712-98
208865	Carcinoma epidermoide de esófago	36 <sup>a</sup>	M	6821-98
338483	Carcinoma epidermoide 1/3 proximal de esófago	70 <sup>a</sup>	M	6825-98
340420	Adenocarcinoma de ampula de vater	46 <sup>a</sup>	F	6995-98
340402	Adenocarcinoma de colon	46 <sup>a</sup>	M	6996-98
340671	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado de duodeno Ca biliopancreático	48 <sup>a</sup>	M	7167-98

**1999**

320292	Adenocarcinoma mucoproducor del recto sigmoides	36 <sup>a</sup>	M	0071-99
343093	Adenoma tubular gastrico con metaplasia intestinal	70 <sup>a</sup>	F	0088-99
337950	Adenocarcinoma gástrico cel. anillo de sello	39 <sup>a</sup>	F	0199-99
312070	Polipo hiperplascio gastrico	34 <sup>a</sup>	F	0216-99
<b>344132</b>	<b>Pólipo adenomatoso en union esofagogastrica y polipos hiperplasicos en duodeno</b>	<b>79<sup>a</sup></b>	<b>M</b>	<b>0263-99</b>
344312	Adenoma ulcerado de ampula de vater	62 <sup>a</sup>	M	0331-99
342022	Adenocarcinoma de unión esofagogástrica	78 <sup>a</sup>	M	0339-99
334508	Adenoma de colon ascendente	24 <sup>a</sup>	F	0340-99
s/n exp	pólipo hiperplascio gastrico	42 <sup>a</sup>	F	0408-99
333073	Pólipo hiperplásico gástrico	30 <sup>a</sup>	F	0444-99
337135	Pólipos hiperplasicos gástricos	37 <sup>a</sup>	M	0469-99
344456	Leiomioma submucoso de recto	57 <sup>a</sup>	F	0535-99
175098	Pólipo adenomatoso de colon	75 <sup>a</sup>	F	0556-99
340498	Adenocarcinoma difuso Gástrico cel.anillo de sello	36 <sup>a</sup>	F	0651-99
340888	Adenocarcinoma de recto sgimoides con implantes a ileon	35 <sup>a</sup>	M	0678-99
345305	Linfoma maligno no Hodgkin colon	21 <sup>a</sup>	M	0706-99
347161	Adenocarcinoma gástrico ce. anillo de sello	92 <sup>a</sup>	F	0764-99
340133	Adenocarcinoma mucinoso de recto	23 <sup>a</sup>	M	0777-99
333018	Neoplasia intraepitelial Gdoi Gastrica	36 <sup>a</sup>	M	0784-99
289236	Pólipo hiperplásico gástrico	50 <sup>a</sup>	M	0904-99

<i>Expediente</i>	<i>tipo de tumor</i>	<i>edad</i>	<i>sexo</i>	<i>no. BJ</i>
208191	Carcinoma epidermoide de colon sigmoides	60 <sup>a</sup>	F	0925-99
345690	Adenocarcinoma mucinoso de colon derecho	66 <sup>a</sup>	M	0974-99
347348	Adenocarcinoma poco diferenciado de esófago	74 <sup>a</sup>	F	0993-99
348884	Linfoma de cel pequeñas Gástrico	23 <sup>a</sup>	M	1040-99
349056	Carcinoma epidermoide rectal	75 <sup>a</sup>	F	1093-99
348244	Polipo hiperplasico gástrico	66 <sup>a</sup>	F	1169-99
349573	Carcinoma gástrico difuso cel. anillo de sello	42 <sup>a</sup>	F	1286-99
347348	Adenocarcinoma de esófago y estómago	75 <sup>a</sup>	F	1311-99
349762	Pólipo hiperplasico faveolar gástrico	52 <sup>a</sup>	F	1400-99
351071	Carcinoma moderadamente diferenciado de piloro	77 <sup>a</sup>	M	1448-99
289992	Adenoma tubular de colon descendente y adenoma tubulo veloso de sigmoides	47 <sup>a</sup>	F	1463-99
350216	Adenocarcinoma intestinal gastrico	64 <sup>a</sup>	M	1518-99
350693	Carcinoma unión esofagogastrica	47 <sup>a</sup>	F	1501-99
351342	Carcinoma epidrmoide esofagico	75 <sup>a</sup>	M	1502-99
s/n exp	Pólipo juvenil ulcerado de colon	7 <sup>a</sup>	F	1559-99
350761	Carcinoma gástrico difuso cel. anillo de sello	34 <sup>a</sup>	F	1573-99
232556	Polipo hiperplasico faveolar gástrico	42 <sup>a</sup>	M	1585-99
351478	Tumor maligno poco diferenciado compatible linfoma gástrico	51 <sup>a</sup>	F	1659-99
252562	Pólipo fibroepitelial anal	24 <sup>a</sup>	F	1742-99
352801	Adenocarcinoma ulcerado de unión esofagogastrica	34 <sup>a</sup>	M	1760-99
352919	Carcinoma epidermoide esofágico	54 <sup>a</sup>	M	1840-99
352404	Adenocarcinoma de estómago	72 <sup>a</sup>	M	2052-99
350868	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon	55 <sup>a</sup>	F	2092-99
354278	Carcinoma epidermoide de esófago	45 <sup>a</sup>	M	2081-99
349725	Adenocarcinoma de colon	45 <sup>a</sup>	F	2212-99
356157	Adenocarcinoma anorectal moderadamente diferenciado	35 <sup>a</sup>	M	2311-99
354341	Adenoma tubular gástrico	60 <sup>a</sup>	M	2444-99
336533	Linfoma maligno de cel. grandes y pequeñas de gdo. Inter-medio asociado a mucosa de Ileon infiltra apendice cecal vejiga, ciego, colon ascendente y sigmoides.	55 <sup>a</sup>	M	2450-99
357057	Adenocarcinoma de unión esofagogastrica	56 <sup>a</sup>	M	2514-99
351378	Pólipo hiperplasico en recto	14 <sup>a</sup>	M	2552-99
344939	Pólipo anal inflamatorio	40 <sup>a</sup>	M	2557-99
330214	Condiloma acuminado mucosa anal	58 <sup>a</sup>	M	2660-99
353508	Adenocarcinoma gastrico	76 <sup>a</sup>	F	2767-99
356728	Adenocarcinoma exofítico gastrico	40 <sup>a</sup>	M	2807-99
254367	Pólipo hiperplásico gástrico	51 <sup>a</sup>	M	2860-99
358578	Adenocarcinoma gástrico cel. anillo de sello	58 <sup>a</sup>	M	2861.-99
358085	Pólipo epitelial en recto sigmoides	66 <sup>a</sup>	M	2926-99
358955	Adenocarcinoma rectal moderadamente diferenciado	64 <sup>a</sup>	M	2978-99
358955	Adenocarcinoma de recto	64 <sup>a</sup>	M	3052-99
359161	Carcinoma gástrico de tipo intestinal	74 <sup>a</sup>	M	3099-99
359013	Carcinoma gástrico cel. anillo de sello	36 <sup>a</sup>	F	3227-99
344539	Pólipo neoplasico juvenil colon ascendnete	30 <sup>a</sup>	M	3297-99
12725	Adenoma de tipo intestinal gástrico	73 <sup>a</sup>	F	3365-99



<i>Expediente</i>	<i>tipo de tumor</i>	<i>edad</i>	<i>sexo</i>	<i>no. BJ</i>
354099	Adenocarcinoma poco diferenciado de colon descendente	36 <sup>a</sup>	F	3368-99
358080	Adenoma de recto	40 <sup>a</sup>	M	3467-99
366932	Pólipo hiperplásico prepilórico	55 <sup>a</sup>	F	3543-99
362745	Adenocarcinoma de colon	75 <sup>a</sup>	M	3685-99
359161	Adenocarcinoma de cuerpo gástrico y 1 <sup>a</sup> porcionduodeno	72 <sup>a</sup>	M	3809-99
361532	Adenocarcinoma gastrico	77 <sup>a</sup>	M	3842-99
364213	Linfoma maligno difuso de cuerpo gástrico y antro	62 <sup>a</sup>	M	4023-99
361936	Adenoma tubulovelloso sigmoides	72 <sup>a</sup>	F	4069-99
s/n exp	Adenocarcinoma gastrico	54 <sup>a</sup>	M	4236-99
365115	Adenocarcinoma de colon dukes C	57 <sup>a</sup>	F	4247-99
361305	Adenocarcinoma de colon	56 <sup>a</sup>	M	4260-99
361039	Adenocarcinoma intestinal de cuerpo gástrico	70 <sup>a</sup>	M	4390-99
366487	Adenocarcinoma de colon	41 <sup>a</sup>	F	4401-99
318251	Pólipo epitelial adenomatoso	46 <sup>a</sup>	F	4407-99
363492	Adenocarcinoma intestinal de estomago	49 <sup>a</sup>	F	4410-99
338800	Adenocarcinoma de colon descrito como intestinodelgado	73 <sup>a</sup>	M	4465-99
365406	carcinoma epidermoide esofago	50 <sup>a</sup>	M	4586-99
367424	Carcinoma epidermoide de esófago	68 <sup>a</sup>	M	4613-99
368937	Adenocarcinoma de colon ascendente	37 <sup>a</sup>	F	4843-99
361674	Colon sigmoides con hiperplasia polipode	20 <sup>a</sup>	F	4918-99
317733	Adenocarcinoma de sigmoides	52 <sup>a</sup>	M	4974-99
367908	Carcinoma epidermoide union esofagogastrica	68 <sup>a</sup>	M	5034-99
360498	Adenoma rectal	46 <sup>a</sup>	M	5074-99
368016	Adenocarcinoma del canal anal		M	5075-99
369454	carcinoma del esofago		F	5190-99
s/n exp	Carcinoma epidermoide del esófago		F	5261-99
363492	Adenocarcinoma gástrico	65 <sup>a</sup>	F	5372-99
369851	Pólipo hiperplásico de colon transverso	47 <sup>a</sup>	F	5510-99
294439	Papiloma de esófago		M	5631-99
369697	Hiperplasia polipoide foveolar gástrica	41 <sup>a</sup>	F	5662-99
370391	Pólipo hiperplásico de recto	85 <sup>a</sup>	F	5685-99
368469	Pólipo hiperplásico en recto	68 <sup>a</sup>	F	5686-99
368303	Adenocarcinoma poco diferenciado Gástrico	68as	F	5771-99
370089	Adenocarcinoma de colon	67 <sup>a</sup>	F	5775-99
372584	Adenocarcinoma esofágico	37 <sup>a</sup>	M	5793-99
155384	Carcinoma gástrico	44 <sup>a</sup>	M	5814-99
372496	Adenocarcinoma gástrico	65 <sup>a</sup>	M	5822-99
350361	Adenoma velloso de colonsigmoides	65 <sup>a</sup>	M	5845-99
201621	Carcinoma epidermoide de ileon Ca, Esófago	65 <sup>a</sup>	F	5881-99
368469	Adenocarcinoma de colon	68 <sup>a</sup>	F	5888-99
369905	Carcinoma de colon	65 <sup>a</sup>	M	6076-99
372566	Adenocarcinoma infiltrante de colon	55 <sup>a</sup>	M	6129-99
369310	Pólipo hiperplásico en recto	49 <sup>a</sup>	M	6164-99
368303	Adenocarcinoma gástrico	68 <sup>a</sup>	F	6174-99
141351	Adenoma velloso de recto	33 <sup>a</sup>	F	6212-99
370844	Adenocarcinoma de colon ulcerado	28 <sup>a</sup>	F	6248-99
370089	Adenocarcinoma del canal anal	68 <sup>a</sup>	F	6264-99

<i>Expediente</i>	<i>tipo de tumor</i>	<i>edad</i>	<i>sexo</i>	<i>no. BJ</i>
316813	Adenocarcinoma de ciego	52ª	F	6276-99
376597	Carcinoma gástrico	70ª	M	6340-99
352167	Condiloma de región anal	36ª	F	6341-99
365339	Carcinoma de ampulla de vater	51ª	F	6430-99
315484	Pólipo hiperplásico en estómago	5ª	M	6460-99
375648	Adenocarcinoma gástrico	75ª	M	6496-99
369905	Adenocarcinoma de ciego	65ª	M	6498-99
374074	Adenocarcinoma de recto sigmoides	28ª	M	6521-99
366905	Carcinoma neuroendocrino de estómago	69	M	6609-99
377162	Carcinoma intestinal de unión esofagogástrica	58ª	F	6636-99
373496	Adenocarcinoma gástrico	68ª	M	6648-99
378027	Adenocarcinoma de colon	71ª	F	6659-99
367294	Pólipo adenomatoso de 1ª porción de duodeno	49ª	M	6681-99
378027	Adenocarcinoma de ciego	71ª	F	6701-99
315484	Pólipo hiperplásico de duodeno 1ª porción	73ª	F	6746-99
379200	Tumor de estroma gastrointestinal en Yeyuno	51ª	F	6777-99
378457	Adenocarcinoma gástrico	41ª	F	6782-99
355984	Pólipo hiperplásico de colon ascendente	77ª	F	6920-99
308030	Pólipo hiperplásico de colon ascendente	78ª	F	6933-99
370089	Adenocarcinoma de recto exofítico ulcerado	68ª	F	7032-99
280075	Condiloma perianal gigante	16ª	F	7047-99
317733	Adenoma mucosecretor de colon	52ª	M	7266-99
374074	Adenocarcinoma de colon sigmoides	28ª	M	7357-99
383282	Adenocarcinoma gástrico difuso ulcerado	25ª	F	7493-99
382640	Adenoma moderadamente diferenciado papilar de intestino delgado infiltra a submucosa	52ª	F	7539-99
378050	Carcinoma epidermoide del canal anal	59ª	F	7585-99
326863	Pólipo hiperplásico en recto	63ª	M	7622-99
383654	Pólipo hiperplásico foveolar gástrico	65ª	M	7623-99
376771	Pólipo hiperplásico foveolar gástrico	51ª	F	7625-99
382610	Adenocarcinoma Gástrico	81ª	F	7639-99
384702	Carcinoma epidermoide del canal anal	48ª	F	7640-99
344382	Adenoma tubulovelloso de recto	42ª	F	7660-99
348875	Adenocarcinoma de esofago ulcerado	59ª	F	7862-99
385657	Adenocarcinoma de recto	76ª	F	7915-99
384795	Adenocarcinoma de recto	61ª	M	7933-99
<b>2000</b>				
386106	Adenocarcinoma de colon	67ª	F	0008-00
379329	Adenocarcinoma de duodeno infiltra a piloro Ca. gastrico	60ª	F	0068-00
386750	Adenocarcinoma intestinal gástrico	70ª	F	0130-00
356107	Adenocarcinoma de recto mal diferenciado	41ª	M	0315-00
371180	Adenocarcinoma de ciego	70ª	F	0359-00
385566	Adenocarcinoma mucoproduccion de encrucijada duodeno pancreato biliar.	55ª	F	0405-00

<i>Expediente</i>	<i>tipo de tumor</i>	<i>edad</i>	<i>sexo</i>	<i>no. BJ</i>
387146	Pólipo de retención rectal	9ª	F	0447-00
385983	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de 1ª porción de duodeno infiltra hasta muscular externa y colon biliopancreatico	63ª	F	0542-00
347302	Pólipo hiperplásico de recto	58ª	F	0578-00
262387	Adenocarcinoma de recto sigmoides	41ª	M	0701-00
074672	Adenocarcinoma gástrico de curvatura menor	43ª	F	0913-00
392130	Adenocarcinoma de sigmoides	42ª	M	0922-00
391207	Adenocarcinoma rectal	44ª	M	0985-00
130831	Carcinoma epidermoide de esófago 1/3 medio ulcerado	74ª	F	1030-00
392317	Adenocarcinoma gástrico	58ª	M	1038-00
392071	Adenocarcinoma de colon	56ª	F	1165-00
086693	Adenocarcinoma de sigmoides	30ª	F	1187-00
380877	Cistoadenoma mucinoso de apéndice cecal		M	1254-00
392252	Adenoma tubulovelloso de colon	42ª	M	1286-00
387951	Pólipo hiperplásico foveolar gástrico	37ª	M	1287-00
393536	Adenocarcinoma de unión recto sigmoidea	63ª	M	1344-00
391518	Adenocarcinoma de ciego adenoma tubulovelloso	66ª	M	1383-00
290155	Adenocarcinoma ulcerado de ileon extensión a sigmoides	49ª	M	1557-00
395734	Adenocarcinoma de ciego	38ª	M	1578-00
392130	Adenocarcinoma ulcerado de colon descendente	42ª	M	1637-00
s/n exp	Adenocarcinoma ulcerado de colon	32ª	M	1655-00
391856	Adenocarcinoma mucoproduccion de ciego	51ª	F	1701-00
396285	Teratocarcinoma con areas de tumor senos endodermico en Apéndice cecal.	45ª	M	1745-00
391545	Adenocarcinoma poco diferenciado de colon	46ª	F	1783-00
393469	Tumor carcinoide e n submucosa y muscular de delgado	54ª	F	1856-00
391546	Adenocarcinoma de colon	46ª	F	1875-00
392951	Pólipo juvenil en colon ascendente	20ª	F	2023-00
396837	Adenocarcinoma tipo intestinal gástrico	66ª	M	2024-00
343952	Pólipo no neoplasico gástrico	52ª	M	2026-00
232576	Pólipo de antro gástrico	44ª	M	2091-00
387054	Segmento de ileon con linfoma no Hodgkin	42ª	M	2112-00
312308	Adenocarcinoma bien diferenciado 1/3 distal esófago		M	2132-00
392951	Pólipo hiperplásico colon	20ª	F	2162-00
594741	Pólipo hiperplásico en mucosa gástrica	78ª	M	2167-00
393000	Adenocarcinoma mucoproduccion de colon	48ª	M	2206-00
397179	Adenocarcinoma tipo intestinal gástrico	84ª	M	2223-00
384702	Carcinoma epidermoide anal	48ª	F	2268-00
399806	Adenocarcinoma gástrico	67ª	F	2340-00
391518	Adenocarcinoma de colon ascendente	66ª	M	2450-00
400062	Adenocarcinoma bien diferenciado de ampula de vater	38ª	M	2463-00
398254	Adenocarcinoma de sigmoides	56ª	F	2477-00
392287	Adenocarcinoma de colon descendente	44ª	M	2524-00
400062	Adenocarcinoma bien diferenciado de ampula de vater	34ª	M	2574-00
401067	Linfoma gástrico de cuerpo y antro	50ª	F	2581-00
312308	Adenocarcinoma gástrico	64ª	M	2584-00
400411	Margen anal con adenocarcinoma ulcerado	56ª	M	2645-00

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

<i>Expediente</i>	<i>tipo de tumor</i>	<i>edad</i>	<i>sexo</i>	<i>no. BJ</i>
401526	Carcinoma epidermoide de esófago	55ª	M	2646-00
395367	Carcinoma adenoescamoso de esófago	70ª	F	2728-00
401699	Adenocarcinoma ulcerado de estomago	60ª	M	2773-00
402628	Melanoma maligno de región anal	58ª	M	2774-00
402348	Carcinoma insitu de esófago	45ª	M	2814-00
391843	Adenocarcinoma ulcerado esófago	92ª	M	2956-00
402870	Adenocarcinoma de recto	19ª	M	2987-00
391618	Adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal	56ª	M	2988-00
395203	Adenocarcinoma de colon ascendente	57ª	M	3098-00
403553	Adenocarcinoma de colon con	65a	M	3127-00
402414	Adenocarcinoma rectal ulcerado	42ª	M	3151-00
323742	Pólipo de fondo gástrico	40ª	M	3199-00
403553	Adenocarcinoma ulcerado de colon ascendente	60ª	F	3214-00
391207	Adenocarcinoma de recto	53ª	M	3215-00
396835	Adenocarcinoma de ciego ulcerado polipoide y vegetante	43ª	F	3220-00
265713	Adenoma tubulovelloso de colon transverso	29ª	M	3409-00
405119	Adenocarcinoma de tipo intestinal de unión esofagogastrica	43ª	M	3507-00
353783	Adenocarcinoma de colon	18ª	F	3551-00
405918	Adenocarcinoma de colonsigmoides		M	3656-00
398759	Adenocarcinoma gástrico ulcerado tipo intestinal	78ª	M	3659-00
407535	Carcinoma gástrico de tipo intestinal	44ª	F	3777-00
142539	Adenocarcinoma de recto	37ª	F	3862-00
408393	Adenocarcinoma de tipo intestinal en recto	43ª	M	3878-00
406942	Adenocarcinoma de colon	71ª	F	3957-00
402038	Adenocarcinoma gástrico	46ª	M	4052-00
409305	Pólipo inflamatorio de colon	60ª	M	4072-00
375013	Pólipo rectal adenomatoso	18ª	F	4080-00
381108	Pólipo hamartomatoso de ciego	18ª	M	4139-00
409887	Adenoma tubular gástrico	47ª	F	4219-00
410046	Carcinoma epidermoide de esófago	70ª	M	4220-00
409702	Linfoma de linfocitos pequeños en encía	64ª	F	4275-00
411118	Adenocarcinoma de recto	80ª	F	4397-00
408167	Pólipo duodenal de tumor carcinoide	44ª	F	4479-00
412050	Adenoma tubular de recto	26ª	F	4544-00
412152	Neuroma de apendice cecal	69ª	F	4567-00
410595	Pólipo hiperplásico rectal	50ª	F	4587-00
102596	Adenocarcinoma mucosecretor de sigmoides	75ª	M	4762-00
381108	Pólipo Hamartomatoso de colon	18ª	M	4806-00
391618	Adenocarcinoma de estomago de tipo intestinal	52ª	M	4810-00
413124	Adenocarcinoma de recto	64ª	M	4863-00
409305	Pólipo inflamatorio colonico	60ª	M	4972-00
413566	Linfoma gástrico	40ª	M	4991-00
402038	Adenoma gástrico difuso cel. anillo de sello	45ª	M	5208-00
413128	Adenocarcinoma de recto	64ª	M	5276-00
270365	Adenoma tubulovelloso rectal	67ª	F	5283-00
414311	fibroma irritativo de la encía	62ª	F	5327-00
402414	Adenocarcinoma de sigmoides	42ª	F	5455-00

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

<i>Expediente</i>	<i>tipo de tumor</i>	<i>edad</i>	<i>sexo</i>	<i>no. BJ</i>
142593	Adenocarcinoma de recto sigmoides	40 <sup>a</sup>	F	5458-00
368937	Adenocarcinoma mucosecretor serosa en ileon, colon y tabique recto vaginal ca. colon	37 <sup>a</sup>	F	5562-00
413925	Adenocarcinoma gástrico	65 <sup>a</sup>	F	5604-00
414764	Adenocarcinoma de colon	69 <sup>a</sup>	F	5722-00
417999	Granuloma apendicular	12 <sup>a</sup>	F	5755-00
085617	Linfoma no Hodgkin gástrico de bajo gdo. de malignidad	71 <sup>a</sup>	M	5791-00
418490	Pólipo adenomatoso en recto	44 <sup>a</sup>	F	5858-00
418218	Pólipo hiperplásico de colon sigmoides	5 <sup>a</sup>	F	5949-00
419377	Carcinoma gastrico difuso	50 <sup>a</sup>	F	5971-00
418586	Carcinoma gástrico difuso	70 <sup>a</sup>	F	6042-00
419483	Carcinoma gástrico de tipo intestinal	83 <sup>a</sup>	F	6070-00
419483	Carcinoma gástrico difuso ulcerado	57 <sup>a</sup>	M	6194-00
410214	Carcinoma gástrico de tipo intestinal	72 <sup>a</sup>	F	6198-00
378050	Carcinoma epidermoide de región anal	55 <sup>a</sup>	F	6268-00
413425	Carcinoma gástrico de tipo intestinal ulcerado	75 <sup>a</sup>	F	6306-00
416907	Carcinoma gástrico difuso	81 <sup>a</sup>	M	6359-00
422414	Linfoma gástrico	27 <sup>a</sup>	M	6446-00
392891	Carcinoma adenoescamoso anal	60 <sup>a</sup>	M	6449-00
421103	Adenocarcinoma gástrico	76 <sup>a</sup>	M	6479-00
420289	<b>Adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal moderadamente diferenciado ulcerado en bulbo duodenal</b>	57 <sup>a</sup>	F	6482-00
421299	Carcinoma gástrico difuso ulcerado, cel. anillo de sello	37 <sup>a</sup>	M	6483-00
419279	Adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal estómago	50 <sup>a</sup>	M	6484-00
420083	Pólipos de retención juveniles en recto	9 <sup>a</sup>	F	6515-00
419603	<b>Linfoma duodenal</b>	57 <sup>a</sup>	M	6579-00
421202	Carcinoma de tipo intestinal en estómago	88 <sup>a</sup>	M	6581-00
358080	Pólipos hiperplásicos en recto	72 <sup>a</sup>	M	6587-00
289560	Pólipos hiperplásicos en fondo gástrico	54 <sup>a</sup>	F	6604-00
422624	Adenocarcinoma gástrico	65 <sup>a</sup>	M	6647-00
418296	Carcinoma gástrico difuso	37 <sup>a</sup>	F	6678-00
423051	Adenocarcinoma bien diferenciado ulcerado de recto	70 <sup>a</sup>	M	6701-00
326033	Adenoma tubulovelloso rectal	63 <sup>a</sup>	F	6757-00
418218	Carcinoma gástrico difuso	50 <sup>a</sup>	F	6763-00
402382	Pólipo de retención ulcerado rectal	5 <sup>a</sup>	F	6865-00
383452	Adenoma velloso ulcerado de recto	35 <sup>a</sup>	M	6876-00
396771	Adenocarcinoma de ciego	74 <sup>a</sup>	F	6971-00
390614	Pólipo hiperplásico de estómago	53 <sup>a</sup>	F	6980-00
422922	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado gastrico de 1/3 distal de esófago	35 <sup>a</sup>	M	6982-00
418586	Adenocarcinoma de tipo intestinal de estómago	83 <sup>a</sup>	F	7003-00
419664	Adenocarcinoma de sigmoides	38 <sup>a</sup>	F	7033-00
424362	Adenocarcinoma difuso de estómago	42 <sup>a</sup>	F	7076-00
392891	Adenocarcinoma de recto moderadamente diferenciado	60 <sup>a</sup>	M	7186-00
419279	Adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal	53 <sup>a</sup>	M	7232-00
418907	carcinoma gástrico	81 <sup>a</sup>	M	7336-00
425058	Carcinoma epidermoide de esófago	58 <sup>a</sup>	F	7404-00

<i>Expediente</i>	<i>tipo de tumor</i>	<i>edad</i>	<i>sexo</i>	<i>no. BJ</i>
413128	Adenocarcinoma de recto sigmoides	60ª	M	7411-00
sin/exp	Adenoma tubular de esófago	55ª	M	7461-00
415058	Carcinoma epidermoide de esófago		F	7496-00
427408	Adenocarcinoma de intestinode colon	18ª	M	7552-00
212507	Carcinoma epidermoide de esófago	57ª	M	7572-00
412900	Adenocarcinoma de recto	18ª	M	7654-00
428577	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon ascendente	66a	F	7883-00
392951	Pólipos adenomatosos en colon	21ª	F	8047-00

## 2001

<b>430436</b>	<b>Adenocarcinoma localmente invasor del bulbo duodenal</b>	<b>35ª</b>	<b>F</b>	<b>0111-01</b>
431091	Carcinoma gastrico difuso ulcerado de duodeno	67ª	M	0133-01
430416	Adenocarcinoma de ampula de vater	35ª	F	0147-01
431147	Pólipo adenomatoso de sigmoides	42ª	F	0222-01
429865	Pólipo hiperplasico gástrico con metaplasia intestinal	62ª	F	0342-01
430946	Carcinoma epidermoide de esófago	70ª	M	0356-01
422922	Adenocarcinoma de esófago	41ª	M	0449-01
422016	Adenocarcinoma de 1/3 distal de esófago	85ª	M	0518-01
431574	Adenocarcinoma de recto	56ª	M	0557-01
401691	Pólipo hiperplasico en colon ascendente	62ª	F	0680-01
434254	Adenocarcinoma de recto	46ª	M	0754-01
434489	Pólipo hiperplásico gástrico	27ª	F	0789-01
294510	Carcinoma de cuerpo gástrico	65ª	F	0803-01
431535	Tumor carcinoide de cuerpo gastrico	48ª	M	0805-01
434879	Pólipo hiperplasico foveolar gástrico	40ª	M	0853-01
433801	Adenocarcinoma de colon	76ª	F	0964-01
430389	Linfoma no Hodgkin alto grado de malignidad en colon	65ª	F	1006-01
435112	Adenocarcinoma gástrico	70ª	M	1021-01
414439	Pólipo de retención juvenil de colon sigmoides	5ª	M	1024-01
434826	Adenocarcinoma de recto	34ª	F	1124-01
<b>436369</b>	<b>Fibrosarcoma intestinal de Ileon</b>	<b>56ª</b>	<b>F</b>	<b>1208-01</b>
320805	Pólipo hiperplasico gástrico	45ª	F	1249-01
s/n exp	Pólipo adenomatoso en colon	23ª	M	1258-01
437282	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de recto	68ª	F	1264-01
433441	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de recto	72ª	M	1357-01
437003	Adenocarcinoma de tipo intestinal en cardias	60ª	M	1451-01
436952	Adenocarcinoma mucoprodutor de antro gástrico	72ª	F	1592-01
049052	Pólipos hiperplasicos en colon transverso y sigmoides	36ª	F	1848-01
439294	Pólipo hiperplasico foveolar gástrico	30ª	F	1859-01
439708	Carcinoma de celulas grandes de recto	45ª	F	1869-01
418937	Pólipo hiperplasico gástrico	38ª	M	2177-01
343392	Pólipo hiperplasico en recto	78ª	M	2431-01
442215	Carcinoma insitu de esófago	47ª	F	2456-01
443936	Pólipo hiperplasico en sigmoides	56ª	M	2568-01

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

<i>Expediente</i>	<i>tipo de tumor</i>	<i>edad</i>	<i>sexo</i>	<i>no. BJ</i>
429088	Adenocarcinoma gástrico	59ª	M	2606-01
445441	Adenocarcinoma de recto	59ª	F	2723-01
445964	Carcinoma epidermoide del recto	42ª	M	2796-01
447544	Pólipo hiperplásico de antro gástrico	78ª	M	3203-01
445965	Adenoma tubulovelloso de recto con adenocarcinoma	78ª	M	3297-01
447328	carcinoma epidermoide de esófago	63ª	F	3328-01
437681	Adenocarcinoma bien diferenciado ulcerado de recto	76ª	F	3356-01
448792	Adenocarcinoma de esófago moderadamente diferenciado	52ª	M	3426-01
447661	<b>Tumor de duodeno del estroma gastrointestinal de alto grado de malignidad de tipo no determinado ulcerado</b>	50ª	F	3429-01
416873	Pólipo gástrico	56ª	F	3579-01
445643	Adenocarcinoma de estómago de tipo intestinal	85ª	f	2802-01
442394	Pólipo hiperplásico ulcerado de recto	9ª	f	2828-01
444084	Carcinoma epidermoide de región anal	70ª	M	2885-01
440608	Adenocarcinoma mucoproducción de recto	75ª	F	2942-01
444086	Adenocarcinoma de ampula de Vater	55ª	F	2967-01
447052	Adenocarcinoma mucosecretor de colon	75ª	M	3040-01
447162	Adenocarcinoma de colon	52ª	M	3048-01
447352	Carcinoma epidermoide ulcerado de la lengua	78ª	F	3064-01
435001	adenocarcinoma gástrico de tipo difuso en estómago	43ª	M	3087-01
431091	Adenocarcinoma de tipo intestinal de estómago ulcerado	56ª	F	3103-01
447534	Pólipo rectal de retención ulcerado	16ª	M	3152-01
450569	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon	44ª	m	3705-01
449209	Carcinoma epidermoide ulcerado de esófago	66ª	M	3805-01
450938	Adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal	59ª	M	3871-01
448376	Pólipo hiperplásico de mucosa rectal	70ª	M	3872-01
451314	Linfoma gástrico de alto grado de malignidad (CO45+)	51ª	M	3919-01
451550	Linfoma de cuerpo gástrico	72ª	F	3939-01
449259	Adenocarcinoma poco diferenciado de recto	30ª	M	3989-01
s/n exp	Adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal	25ª	F	4161-01
452227	Pólipo hiperplásico de unión esofagogastrica ulcerado	44ª	M	4202-01
450438	<b>Linfoma no Hodgkin de cel grandes no hendidas (imunoblastico) estirpeB. Ulcerado transmural con areas de necrosis infiltracion a mesenterio.</b>	39ª	M	4241-01
453252	Adenocarcinoma difuso cel anillo de sello de Estómago	57ª	F	4257-01
252562	Pólipo tubulovelloso de recto	33ª	M	4364-01
449250	Adenocarcinoma pobremente diferenciado de sigmoides	33ª	M	4413-01
453331	Linfoma no Hodgkin de cel grandes estirpe B estómago	67ª	M	4438-01
451286	Adenocarcinoma de tipo intestinal de estómago ulcerado	66ª	M	4470-01
453766	Adenocarcinoma de ciego ulcerado	31ª	F	4474-01
429178	Adenocarcinoma de tipo intestinal ulcerado de estómago	48ª	M	4512-01
454189	Adenoma gástrico de tipo difuso ulcerado estómago	62ª	M	4572-01
449332	Adenocarcinoma de tipo difuso Estómago	38ª	F	4689-01
454135	Adenocarcinoma de tipo intestinal ulcerado de estómago	65ª	F	4692-01
400635	Adenocarcinoma de antro gástrico de tipo intestinal	73ª	M	4754-01
453766	Adenocarcinoma mucoproducción recurrente de colon	41ª	F	4795-01
461222	Pólipo tubulovelloso de sigmoides	68ª	M	4897-01

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

<i>Expediente</i>	<i>tipo de tumor</i>	<i>edad</i>	<i>sexo</i>	<i>no. BJ</i>
456738	Adenocarcinoma de tipo intestinal ulcerado de estómago	75ª	M	4992-01
456615	Polipo tubulovelloso de sigmoides	68ª	F	5116-01
450635	Adenocarcinoma gastrico de tipo intestinal(70%) difuso(30%)	73ª	M	5201-01
457910	Pólipo tubulovelloso adenomatoso de colon ascendente	36ª	M	5325-01
436288	Pólipo hiperplásico de tipo juvenil rectal	16ª	F	5328-01
446792	Pólipo adenomatoso de sigmoides	63ª	F	5554-01
402038	Pólipo hiperplásico gástrico	47ª	M	5556-01
306270	Carcinoma epidermoide del canal anal ulcerado	75ª	M	5692-01
459133	Pólipo juvenil de recto	3ª	F	5864-01
461629	Adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal ulcerado	75ª	M	5946-01
471772	Pólipo tubulovelloso en colon sigmoides	34ª	F	6035-01
446174	Adenocarcinoma de ampula de vater	72ª	F	6127-01
443026	Adenocarcinoma de esfago distal ulcerado	64ª	M	6176-01
079122	Pólipo hiperplásico de antro gástrico	72ª	F	6179-01
457910	Póliposis familiar (+100)en colon	37ª	M	6203-01
461629	Adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal	75ª	M	6243-01
462090	Adenocarcinoma de tipo mucinoso en colon sigmoides	36ª	F	6258-01
462839	Adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal	60ª	M	6408-01
315145	Pólipo hiperplásico de colon descendente	41ª	M	6495-01
427980	Adenocarcinoma difuso de estómago	50ª	F	6586-01
274717	polipo velloso de sigmoides	80ª	F	6717-01
s/n exp	Pólipos colonicos hiperplásicos	44ª	M	6779-01
449332	Adenocarcinoma difuso de cuerpo Gástrico	33ª	F	6822-01
465352	Pólipo hiperplásico de sigmoides	19ª	M	6847-01
451772	Pólipo tubulovelloso ano rectal	34ª	F	6890-01
465692	Adenoma velloso en recto sigmoides	50ª	M	6998-01
330036	Pólipo hiperplásico de colon transverso	66ª	M	7275-01
467653	Linfoma difuso ulcerado en Yeyuno asociado a mucosa sin tumor en borde quirúrgicos infiltrando a 1 ganglio linfático regional con hiperplasia mixta en 8/8 ganglios linfáticos	69ª	M	7300-01
465369	Adenocarcinoma de tipo intestinal en Estómago	56ª	F	7519-01
445151	Adenocarcinoma recto sigmoides moderadamente diferenciado	59ª	F	7703-01
443026	Adenocarcinoma difuso de unión esofagogastrica	64ª	M	7751-01
463936	Adenocarcinoma de ampula de vater ulcerado	68ª	F	7896-01
420583	Carcinoma epidermoide de colon sigmoides	51ª	F	7979-01
469638	Adenocarcinoma de ampula de vater bien diferenciado	82ª	F	7988-01
411920	Carcinoma epidermoide no queratinizado de Esófago	68ª	M	8065-01
470082	Adenocarcinoma gástrico de piloro	57ª	F	8121-01
467980	Adenocarcinoma difuso de cuerpo de estómago	57ª	F	8267-01
471977	Adenocarcinoma cel. anillo de sello Gástrico	35ª	M	8277-01
422386	Adenocarcinoma de tipo intestinal de Estómago	52ª	M	8482-01
473124	Carcinoma difuso cel. anillo de sello gástrico	62ª	M	8620-01
269155	Pólipo hiperplásico colonico	64ª	M	8683-01
474215	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon izq.	26ª	M	8703-01
474368	Adenocarcinoma ulcerado Gástrico moderadamente diferen	41ª	M	8788-01
472952	Adenocarcinoma de recto moderadamente diferenciado	70ª	F	8825-01

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**BIBLIOGRAFIA:**

1. MD. Anderson. *CANCER CENTER*. Departament o Surgical Oncology. Houston Texas. 2<sup>a</sup> Edición.
2. LAS,Desa, Bridger, Grace. Primary Jejunoileal Tumors: A review of 45 cases. *World J. Surg.* 15,81-87.1991.
3. Zollinger RM, Sternfeld W C, Schrelber H. Primary Neoplasms of the Small Intestine. *Am J Surg* 1986;151,654-658.
4. Martínez LR, Díaz CO, Ruiz TJ, Brizuela QR, and cols. Tumores de Intestino delgado perforado. Diagnóstico por laparoscopia de urgencia. *Rev. Cubana Med. Militar* Jun.2000;29(3):213-5.
5. Vincent T. DeVita, Jr. *CANCER Principles and Practice of Oncology*. 4<sup>a</sup> edición 1993.
6. Norberg KA, Emás S. Primary tumors of the Small Intestine. *Am J Surg* Nov1981;142:569-573.
7. RO, Allibone, Hoffman, Gosney. Granulation tissue poliposis associated with carcinoid tumors of the small intestine. *Histopathology* 1993;22,475-480
8. Caramés AJC, Cogollo HR, Aiello CV. Tumores de intestino delgado complicados con intususcepción en el adulto. *Rev Inst. Nal Can (Mexico)*1996;42(2):97-102.
9. Ciresi DL, Scholten DJ. The Continuing Clinical Dilemma of Primary Tumors of the Small Intestine. *Am Surg* Aug 1995;61(8):698-703
10. Halphen M, Taoufik N, Habib J. Diagnostic Value of Upper Intestinal fiber Endoscopy in Primary Small Intestinal Lymphoma. *Cancer* 58:2140-2145,1986.
11. Maglinte DDT, O'Connor K, Bessette J, Chernish SM, Kelvin FM. The Role of the Physician in the Late Diagnosis of Primary Malignant Tumors of the Small Intestine. *Am J Gastr* 1991;86:304-308.
12. Lowell JA, Rossi RL, Munson L. Primary Adenocarcinoma of Third and Fourth Portions of Duodenum. *Arch Surg* May 1992 vol 127:557-560.
13. Kouki I, Toshihiro K, Shuji Y. Duodenal Gangliocytic Paranglioma with Lymph Node Metastasis in a 17-Year-Old Boy. *Cancer* 63:2540-2545.1989
14. TJ Jones, Marshall. Neurofibromatosis and small bowel adenocarcinoma: an unrecognised association. *Gut* 1987, 28,1173-1176.
15. Martin J, Auger, Mrcpath.Primary Ileocecal Lymphoma . A study of 22 patients. *Cancer* 65:358-361,1990.
16. Apestegui Elizalde, Celaya Borda. Coautores del libro: Tratamiento de las Enfermedades Gastroenterológicas. Seccion III: Intestino delgado; capítulo 25: tumores y síndrome carcinoide. Editado por la AsociaciónEspañola de Gastroenterología.
17. Ciccarelli O, Welch JP, Kent GG. Primary Malignant Tumors of the Small Bowel. *Am J surg* 1987;153:351-354.
18. Ouriel K, Adams J. Adenocarcinoma of the Small Intestine. *Am J Surg*Jan 1984;147:66-71

19. Kadakia SC, Parker A, Canales L. Metastatic Tumors of the Upper Gastrointestinal Tract: Endoscopic Experience. *Am J Gastr* 1992;87 (10): 1418-1423.
20. Motajima K, tsunoda T, Kanematsu T; Nagata Y. Distinguishing Pancreatic Carcinoma From other periampullary Carcinomas by Analysis of Mutations in the Kirsten-ras Oncogene. *Ann Surg* Dec.1991;214(6):657-662
21. Rose DM, Hochwald SN, Klimstra DS, et al.: Primary duodenal adenocarcinoma: a ten-year experience with 79 patients. *Journal of the American College of Surgeons* 183(2): 89-96, 1996.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**ONLINES LINKS**

[www.imbiomed.com.mx/Cancerologia/Cav42n2/espanol/Wca62-05.html](http://www.imbiomed.com.mx/Cancerologia/Cav42n2/espanol/Wca62-05.html) - 7k  
[www.imbiomed.com.mx/Gastro/Gav62n3/espanol/Wge73-04.html](http://www.imbiomed.com.mx/Gastro/Gav62n3/espanol/Wge73-04.html) - 8k  
[www.lafacu.com/apuntes/medicina/tumo\\_intes\\_delg/default.htm](http://www.lafacu.com/apuntes/medicina/tumo_intes_delg/default.htm) - 8k  
[www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/101175.html](http://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/101175.html) - 17k  
[www.sepd.org/formacion/pepticum/4-052.htm](http://www.sepd.org/formacion/pepticum/4-052.htm) - 4k  
[www.ama-med.com/Revistas/1998\\_04/present.htm](http://www.ama-med.com/Revistas/1998_04/present.htm) - 46k  
[www.aegastro.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/aeg/libro.indice\\_revista](http://www.aegastro.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/aeg/libro.indice_revista) - 26k  
[www.aecirujanos.es/vol65\\_6/9.html](http://www.aecirujanos.es/vol65_6/9.html) - 4k