

11209

90



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"TUMORES DE INTESTINO DELGADO. EXPERIENCIA
EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO
MEDICO NACIONAL LA RAZA"

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A:

DR. JESUS REYES ZAMORANO

ASESOR: DR. JESUS ARENAS OSUNA

Cirujano General y Jefe de Educación Médica e Investigación



IMSS

MEXICO, D.F.

2000

2000



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.

HOJA DE FIRMAS

Instituto Mexicano del Seguro Social
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
Hospital de Especialidades
Cirugía General

No DE PROTOCOLO 2000-690-4091

- JEFE DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION:


Dr Jesús Arenas Osuna

- TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA GENERAL:


Dr José Fenig Rodríguez

- ALUMNO:


Dr Jesús Reyes Zamorano

TESTIMONIO DE GRATITUD

- A los Doctores **Fernando Raúl Alvarez Colocuris**
Rogelio Mendoza Archer
Magdalena Santamaria Sandoval

Quienes además de sus enseñanzas me brindaron su amistad

- A los Doctores **David Banderas Tarabay**
Jesús Arenas Osuna

Maestros con una forma única y desprendida para enseñar el arte de la cirugía con gran calidad y paciencia.

Espero Dios me de la oportunidad de agradecerles en forma digna el haber contribuido en gran medida a mi formación como médico y cirujano.

INDICE

1. RESUMEN.....	pg 5
ABSTRACT.....	pg 6
2. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	pg 7-10
3. PACIENTES, MATERIAL Y METODOS.....	pg 11
4. RESULTADOS.....	pg 12-14
5. DISCUSION.....	pg 15-16
6. CONCLUSIONES.....	pg 17
7. BIBLIOGRAFIA.....	pg 18-19

1. RESUMEN

"Tumores de Intestino Delgado. Experiencia en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza"

- **Objetivo**

Conocer la incidencia actual, forma de presentación y la experiencia en el manejo y diagnóstico de esta patología en el servicio de cirugía general del hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional la Raza

- **Pacientes, material y métodos**

Estudio retrospectivo que se incluyó todos los pacientes con diagnóstico histológico de tumor primario de intestino delgado malignos y benignos entre enero de 1995 y julio del 2000. No se incluyeron pacientes con tumores metastásicos, con carcinoma del ampolla de Vater o de la válvula ileocecal.

- **Resultados**

Se encontraron 12 casos de tumores primarios de intestino delgado, para una incidencia total de 2.4 pacientes por año. Se excluyeron 7 por tener expedientes clínicos incompletos y 5 pacientes se analizaron, 4 fueron malignos, todos del sexo femenino, con edad promedio de 64 años, e incluyeron 2 adenocarcinomas del duodeno y 2 leiomiomas, uno en yeyuno y otro en íleon. El paciente restante, del sexo masculino y con edad de 39 años, presentó un leiomioma de yeyuno. Los síntomas más frecuentes fueron dolor, vómito, melena, tumor palpable, distensión y obstrucción. El paciente con el leiomioma presentó un cuadro clínico de 3 años de evolución, requirió de un total de 11 estudios y sólo la arteriografía permitió la sospecha preoperatoria, mientras que en los dos pacientes con adenocarcinoma se realizó el diagnóstico preoperatorio con endoscopia y biopsia. Los 4 pacientes con tumores malignos requirieron un promedio de 2.5 estudios por paciente en un periodo promedio de 5.7 meses a partir del inicio de sus síntomas para realizar el diagnóstico. 3 (75%) de estos pacientes presentaban ya metástasis, y la resección fue posible en tres.

- **Conclusiones**

Por su baja incidencia, vaguedad en signos y síntomas de presentación y baja sensibilidad de los estudios diagnósticos actuales las neoplasias de intestino delgado continúan siendo un reto diagnóstico y terapéutico para el cirujano, quién debe incrementar su índice de sospecha para realizar un diagnóstico y tratamiento más tempranos.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias, tumores, intestino delgado.

ABSTRACT

“Small-Bowel Tumors. Experience at the Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza”

- **Objective**

To review the incidence and clinical picture, as well as the experience with diagnosis and management of this pathology at the department of surgery of the Hospital de Especialidades del centro Médico Nacional La Raza in México City.

- **Methods**

Retrospective study that includes all patients with histologic diagnosis of a primary small bowel tumor over a 5-year period (1995-2000). Patients with metastatic tumors and ampullar or ileocecal carcinoma were not included

- **Results**

There were 12 patients with primary small bowel tumors that represent an incidence of 2.4 patients per year. 7 patients were excluded because of incomplete charts, and only 5 were analyzed. This included 4 malignant tumors with a mean age of 64 years (2 yeyunal and ileal leyomiosarcomas and 2 duodenal adenocarcinomas), and only 1 patient with a benign tumor 39 years old (a yeyunal leyomioma) was found. The most common presenting signs and symptoms were abdominal pain, vomiting, gastrointestinal hemorrhage, palpable mass and obstruction. The interval from the onset of signs and symptoms to diagnosis was of 3 years for the patient with the leyomioma and a mean of 5.7 months for those with malignant tumors. In the former 11 studies were necessary and only the arteriography provided suspicion, while in the other 4 the average number of diagnostic tests/patient was 2.5 and the preoperative diagnosis of the 2 adenocarcinomas was achieved with endoscopy and biopsy. At the time of diagnosis, 3 patients had metastases.

- **Conclusions**

Because of nonspecific signs and symptoms and lack of accurate diagnostic studies, the Small bowel tumors remain a clinical challenge for the surgeon. In order to achieve proper diagnosis and treatment surgeons must have a higher suspicion index.

KEY WORDS: Tumors, Neoplasms, Small-bowel

2. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Rankin y Mayo¹ fueron de los primeros en interesarse por los tumores del intestino delgado, aunque no fue hasta 30 años después que Darling y Welch² publicaron una revisión del tema. Sin embargo, las neoplasias primarias del intestino delgado son una patología rara que aún representa en nuestros días un reto diagnóstico y terapéutico para el cirujano.

Aproximadamente 30% de los tumores de intestino delgado operados tienen diagnóstico correcto antes de la cirugía, requiriendo generalmente más de 2 modalidades diagnósticas y más de 6 meses de estudio para lograrlo^{3,4,5,6 y 7}. Los factores que hacen de esta patología un reto para su abordaje y manejo son principalmente 4:

1) La baja incidencia de estos tumores

La incidencia en los Estados Unidos es de hasta 1.6 por cada 100,000 habitantes⁸. La incidencia mundial es más o menos uniforme y nadie puede argüir gran experiencia en el tema ya que las series publicadas muy rara vez exceden los 100 casos en un largo periodo de tiempo (menos de 50 casos por cada periodo de 10 años)^{3,4,5,7,9-14}. Se presentan en cualquier edad pero con pico de incidencia entre la 5a y 7a décadas de la vida, más o menos de igual forma en ambos sexos^{3,4,5,7-17}.

El intestino delgado es el área del tracto gastrointestinal con menor índice de neoplasias, a pesar de su gran tasa de recambio celular y de que representa 75-80% del tracto gastrointestinal y 90% de su superficie mucosa^{8,16,17}. Las neoplasias de intestino delgado representan aproximadamente el 10 % de todos los tumores del tracto gastrointestinal⁷. Las malignas representan 1 a 3% de los cánceres gastrointestinales y 0.1 a 0.3% de todos los cánceres^{7,8,12,14,16}. Hay diversas teorías para explicar esta resistencia del intestino delgado a formar neoplasias, entre ellas el rápido tránsito intestinal que disminuye el tiempo de exposición de su mucosa a carcinógenos, pH alcalino del jugo entérico, presencia de altos niveles de IgA que refuerzan el sistema inmunitario local, bajo contenido de flora bacteriana que puede convertir ciertos productos ingeridos en carcinógenos y alta actividad de enzimas hidroxilasas de benzopireno que destruyen carcinógenos potenciales, y escasa cantidad de nitrosaminas^{7,8,15,17}.

2) Falta de especificidad en los signos y síntomas de presentación

En series quirúrgicas las neoplasias malignas (60-70%) son generalmente mas frecuentes que las benignas^{3,7,9,11,15-17}, mientras que en series de autopsias las neoplasias benignas (75%) exceden por mucho, hasta 15 veces, a las malignas^{4,7,8,17}. Este fenómeno se explica por el hecho de que las neoplasias benignas del intestino delgado son asintomáticas con mayor frecuencia que las malignas, llegando a pasar desapercibidas, mientras que mas del 60% de las neoplasias de intestino delgado que se presentan con síntomas serán malignas ya que estas producen síntomas hasta en el 80% de los casos^{3,7,9,11,15-17}. De los tumores sintomáticos, se diagnóstica el 75% de los casos⁷. El intervalo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico y tratamiento es de 6 a 8 meses^{6,7,11}, y el síntoma mas frecuente es el dolor (40-60%)⁷ siendo generalmente de distribución somática en los malignos y mas localizado referido como calambres en región umbilical con los benignos⁹. En los tumores benignos la hemorragia, generalmente crónica e intermitente, se presenta en más del 40% de los casos, con mayor frecuencia que en los malignos, y se presentan también con nausea, vómito, obstrucción e intosusepción^{3,5-7,9-11,16,17} mientras que en los malignos el síntoma mas frecuente es el dolor en más del 40% de los casos, además de pérdida ponderal en mas del 20% de los casos, nausea, vómito, diarrea, obstrucción y perforación, presentando evolución insidiosa generalmente de varios meses antes de realizar el diagnóstico^{3,6-17}. Se han descrito algunos síndromes asociados con neoplasias de intestino delgado, como el síndrome de Bessauds-Hillmand-Augier, síndrome de Carter-Horsley-Hughes, enfermedad de Cowden o síndrome de hamartoma múltiple, síndrome de Cronkhite-Canada, poliposis familiar del colon, síndrome de Gardner, enfermedad de Gordon, poliposis juvenil, síndrome de Peutz Jeghers, pseudoxantoma elástico, enfermedad de Rendu-Osler-Weber, síndrome de Torres, síndrome de turner y enfermedad de Von-Ricklinghausen¹⁸.

3) Baja sensibilidad de los estudios diagnósticos disponibles.

Mas del 70% de los casos de tumores de intestino delgado se identifican con la cirugía⁷. El intestino delgado es un área del tracto gastrointestinal relativamente invisible a los métodos actuales de diagnóstico, los cuales son prácticamente insensibles para detectar estas neoplasias a menos que exista sospecha clínica informada, siendo en este caso los estudios radiológicos baritados los que determinan el diagnóstico en 60 a 90% de los casos^{6,7}. Para tumores duodenales la serie esófagogastroduodenal tiene sensibilidad hasta del 80% mientras que la endoscopia del 90% y juega un papel importante, sobretodo considerando la opción terapéutica en casos de pólipos^{3,5-7,9,10}. En casos de tumores más bajos el transito intestinal tiene sensibilidad hasta del

60% y la enterocclisis hasta del 95%^{6,7,17}. La TAC y la ultrasonografía tienen sensibilidades por arriba del 50% excepto para tumores yeyunales, para los cuales es baja^{3,6}. La TAC puede detectar tumores mayores de 3cm y es de mayor utilidad en las neoplasias malignas, mientras que el ultrasonido detecta generalmente los mayores de 6cm^{6,16}. La angiografía tiene una sensibilidad mayor al 50% y es de utilidad sobretodo en tumores vasculares y en los carcinoides^{3,5,7,16}. Generalmente se requiere un promedio de 2.5 exámenes por paciente para realizar el diagnóstico³.

4) *La presencia de enfermedad maligna avanzada que se debe en parte al retraso en el diagnóstico.*

El 40 a 70% de los pacientes con neoplasias malignas tienen ya metástasis al momento del diagnóstico generalmente a hígado, pulmón y hueso^{3,7,8,11,13}, y la sobrevida en general varía entre el 20 y 50% a 5 años en la mayoría de las series^{8,10,11,14,16,17}. Hasta el 70% pueden ser resecables^{7,10,14,16}. El retraso en el diagnóstico ha sido atribuido a tres factores: el tiempo que tarda el paciente en referir sus síntomas (2 meses), el tiempo que tarda el clínico en ordenar los exámenes adecuados (8 meses) y el tiempo que tarda el radiólogo para hacer el diagnóstico (12 meses)¹⁹.

Los tumores pueden derivar de cualquier componente histológico del intestino delgado (tabla 1)^{7,15}. De entre las benignas los más frecuentes son generalmente los leiomiomas 30-60% y los adenomas o pólipos con aproximadamente el mismo porcentaje, seguidos de lipomas, fibromas, hemangiomas y hamartomas^{3,5,7,9-11,16,17}. Los leiomiomas son además los más sintomáticos de entre los benignos, generalmente se localizan en yeyuno y en el 65% de los casos son de crecimiento extramural^{5,7,16}, mientras que los adenomas se localizan sobretodo en duodeno^{5,7,17}. De entre las malignas los más frecuentes son los adenocarcinomas 50-60%, seguidos de los carcinoides 20-40%, linfoma 10-15% y leiomiosarcoma 10-20%^{3,7-17}. El adenocarcinoma generalmente se localiza en duodeno y yeyuno proximal, el carcinóide en íleon y apéndice cecal, los linfomas en íleon y los leiomiosarcomas en yeyuno^{7,13-17}.

TABLA 1. NEOPLASIAS PRIMARIAS DE INTESTINO DELGADO Ref 7 y 15

Células de origen	Benignos	Malignos
Epitelio glándular	Adenoma Hamartoma Tumor de Brunner	Adenocarcinoma
Enterocromafines	-	Carcinoide
Endotelio linfático	Hiperplasia linfomatosa	Linfoma
Musculo liso (del estroma)	Leiomioma	Leiomiomasarcoma
Endotelio vascular	Hemangioma	Hemangiosarcoma
Tejido conectivo	Linfangioma	Linfangiosarcoma
Neural	Fibroma	Fibrosarcoma
	Neurofibroma	Neurofibrosarcoma
	Neurilemoma	Schwanoma maligno
	Ganglioneuroma	
Adiposo	lipoma	Liposarcoma
Otros	Peutz-Jeghers	Metástasis

En México Sánchez P y cols ²⁰ han reportado su experiencia de 10 años en el Centro Médico Nacional siglo XXI con 8 pacientes, 4 con tumores benignos y 4 con malignos, de localización más frecuente en yeyuno e íleon, mientras que en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza la experiencia en 5 años reportada por Araujo y cols ²¹ incluye a 18 pacientes, con tumores de localización más frecuente en íleon y de origen histológico más frecuente en músculo liso (leiomiomas y leiomiomasarcomas). Un reporte más frecuente por Crocifoglio VA y cols ⁷, del Instituto nacional de Cancerología, incluye 34 pacientes en 13 años, con neoplasias malignas de intestino delgado, en su mayoría adenocarcinomas generalmente localizados en duodeno.

El objetivo del presente trabajo es conocer la incidencia actual y la forma de presentación de esta patología en el servicio de cirugía general del hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional la Raza, así como la experiencia en el manejo y diagnóstico de la misma.

3. PACIENTES, MATERIAL Y METODOS

El presente es un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo sobre la experiencia clínica, diagnóstico y tratamiento de los tumores primarios de intestino delgado benignos y malignos en el servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional la Raza en México D.F, en el lapso comprendido entre enero de 1995 y julio del 2000. No se incluyeron pacientes con tumores metastásicos a intestino delgado, con carcinoma del ampolla de Vater o de la válvula ileocecal y se excluyeron aquellos con expediente clínico incompleto. Se analizaron edad, sexo, tipo histológico, localización, signos y síntomas más frecuentes, estudios diagnósticos de imagen (sin incluir las radiografías simples) y tratamiento quirúrgico realizados, mediante estadística descriptiva tabular y aritmética.

4. RESULTADOS

Se encontraron 12 casos de tumores primarios de intestino delgado, 8 de sexo femenino y 4 de sexo masculino con edades promedio de 59 años (rango: 36 a 72 años), que incluyeron 5 adenocarcinomas en duodeno, 2 carcinoides de duodeno, 2 leiomiomas en íleon, 2 leiomiomas en yeyuno y 1 leiomioma en yeyuno. De estos se excluyeron 7 por tener expedientes clínicos incompletos.

Se analizaron 5 pacientes, 4 fueron malignos dos de sexo femenino y dos de sexo masculino con edad promedio de 64 años (rango: 55 a 70 años), e incluyeron 2 adenocarcinomas del duodeno, uno en la segunda porción de 10cm y otro en la primera de 5cm, y 2 leiomiomas, uno en yeyuno de 8cm y otro en íleon de 15cm a 25cm de la válvula ileocecal. El paciente restante, del sexo masculino y con edad de 39 años, presentó un leiomioma de 2cm localizado a 5cm del asa fija, y fue el único caso de tumor benigno de intestino delgado encontrado en el periodo de tiempo estudiado. Las características de los 5 pacientes analizados se muestran en la tabla 2.

TABLA 2. *Características de los pacientes*

Diagnóstico histológico	Sexo	Edad	Localización	Tamaño	Ganglios	Metástasis
Leiomioma	M	39	Yeyuno	2cm	No	No
Adenocarcinoma	F	70	Duodeno	5cm	Si	Hígado
Adenocarcinoma	M	68	Duodeno	10cm	Si	Páncreas
Leiomioma	M	64	íleon	12cm	No	No
Leiomioma	F	55	Yeyuno	8cm	Si	Hígado

El paciente con el leiomioma se presentó con un cuadro clínico de 3 años de evolución al momento del diagnóstico, que incluía dolor tipo cólico, melena y anemia crónica. El número de estudios de imagen realizados en este paciente fue de 11 en total, e incluyeron 3 endoscopías, una colonoscopia, 2 colon por enema, un gamagrama con eritrocitos marcados, una serie esófagogastroduodenal, 2 tránsitos intestinales y una arteriografía que fue el único estudio concluyente. El tratamiento consistió en resección intestinal con duodeno-yeyuno anastomosis latero-lateral, además de una gastroyeyuno anastomosis al mes por estenosis.

Los signos y síntomas en los 4 pacientes con tumores malignos se muestran en la tabla 3, así como el tiempo de evolución del cuadro clínico al momento del diagnóstico, el cual fue de 5.7 meses en promedio (rango: 3 a 9 meses). El dolor era de tipo cólico y localizado en mesogastrio en los pacientes con leiomiomas, y de tipo ardoroso y localizado en epigastrio en el paciente con adenocarcinoma. El diagnóstico fue quirúrgico en los dos pacientes con leiomioma y preoperatorio en los dos pacientes con adenocarcinoma por biopsia y endoscopia. El número de estudios realizados en promedio fue de 2.5, con rango de 0 (en el paciente con leiomioma de íleon laparotomizado de urgencia por perforación) a 5 (en el paciente con leiomioma de yeyuno), siendo concluyente sólo la endoscopia con toma de biopsia en los pacientes con adenocarcinoma (en estos pacientes sólo se realizó tomografía y endoscopia). La endoscopia se realizó entonces en 4 de los 5 pacientes analizados, siendo diagnóstica sólo en los 2 pacientes con adenocarcinoma. La arteriografía se realizó sólo en el paciente con el leiomioma y este fue el único estudio sugestivo de los 11 realizados en este paciente, mientras que el radioinmunoanálisis con eritrocitos marcados con Tc99 realizado en este mismo paciente no aportó ningún dato. Se realizaron también tomografía en 4 pacientes; ultrasonido abdominal, colon por enema y colonoscopia en dos pacientes y tránsito intestinal y urografía excretora en 1 paciente. La tomografía fue de escasa utilidad para establecer la localización precisa del tumor, pero fue particularmente útil en la estadificación, mientras que el resto estos estudios no aportó datos significativos.

TABLA 3. Signología y sintomatología de los tumores malignos

	Adenocarcinomas (n=2)	Leiomiomas (n=2)
Dolor	1	2
Vómito	2	1
Perdida ponderal	2	0
Melena	1	0
Plenitud	1	0
Constipación	0	1
Distensión	1	1
Ictericia	1	0
Tumor palpable	1	1
Obstrucción	1	1
Perforación	0	1
<i>Evolución</i>	3 y 9 meses	3 y 8 meses

Se encontraron ganglios (peripancreáticos y mesentéricos) en el paciente con leiomioma en yeyuno y en los dos con adenocarcinoma, y metástasis a hígado en el paciente con leiomioma de yeyuno y en el paciente con adenocarcinoma de la primera porción del duodeno, y a páncreas en el otro paciente con adenocarcinoma.

No se encontró ninguna patología concurrente ni síndromes asociados a ninguno de los casos analizados.

El tratamiento fue urgente en el paciente con leiomioma en íleon que se presentó como perforación por necrosis, realizándose resección intestinal con márgenes de 15 cm y bordes libres, con entero-entero anastomosis término-terminal. En los otros tres pacientes con tumores malignos el tratamiento fue electivo, realizándose resección intestinal con margen de 10cm en el paciente con leiomioma del yeyuno, gastroyeyuno anastomosis como paliación en el paciente con adenocarcinoma de la primera porción del duodeno y pancreatoduodenectomía con intento curativo en el paciente con adenocarcinoma de la segunda porción del duodeno. Este último fue el único que presentó complicación, la cual consistió en necrosis del remanente pancreático que requirió reintervención para lavado y drenaje al duodécimo día de intervenido, y estenosis de la gastroyeyuno anastomosis que requirió reintervención para una gastroyeyuno anastomosis en omega al mes.

5. DISCUSION

Las neoplasias de intestino delgado son una patología cuya baja incidencia, vaguedad en signos y síntomas de presentación y baja sensibilidad de los estudios diagnósticos actuales para detectarla, la hacen un reto diagnóstico y terapéutico para el cirujano, aún en nuestros días.

La experiencia de las neoplasias de intestino delgado reportada en nuestro país es escasa^{7,20,21}. Sánchez P y cols²⁰ del Centro Médico Nacional siglo XXI han reportado su experiencia de 10 años con 8 pacientes, 4 hombres y 4 mujeres con edad promedio de 50 años (rango 33-64), de los cuales 4 tenían tumores benignos (2 leiomiomas, 1 hamartoma, 1 linfangioma) y 4 malignos (1 leiomiosarcoma, 1 adenocarcinoma, 1 tumor carcinoide, 1 linfoma), de localización más frecuente en yeyuno e íleon. Un reporte más frecuente por Crocifoglio VA y cols⁷, del Instituto nacional de Cancerología, incluye 34 pacientes en 13 años, veintidós mujeres y doce hombres, con edad promedio de 53 años (rango 37-76) todos con neoplasias malignas de intestino delgado, en su mayoría (53%) adenocarcinomas generalmente localizados en duodeno y 2 en yeyuno, así como también leiomiosarcomas (32%) localizados generalmente en yeyuno. En nuestra unidad la última revisión sobre esta patología fue realizada por la Dra. Araujo y cols en 1988²¹, quienes reportaron 18 casos en 7 años, 11 mujeres y 7 hombres con edad promedio de 47 años (rango 19-85), 39% leiomiomas y 39% leiomiosarcomas, con localizaciones más frecuentes en íleon 45% y yeyuno 39%. En el presente estudio se analizan sólo 5 casos, sin embargo fueron encontrados 12 casos de neoplasias primarias de intestino delgado en un periodo de 5 años, que representa aproximadamente la misma incidencia reportada por la Dra Araujo y cols²¹ (2.57 Vs 2.4 pacientes por año en esta serie), aunque con mucho mayor incidencia de tumores malignos en esta serie. Esta incidencia también se compara con la de otros autores^{3,9,11}. En todas estas series, incluyendo la presente, la edad de presentación, es en la sexta década de la vida y tanto en el reporte del Dr Sánchez como en el presente la incidencia entre hombres y mujeres es la misma, aunque tomando en cuenta las otras dos series la tendencia es claramente mayor hacia el sexo femenino. En esta serie y las citadas anteriormente puede observarse que la mayoría de los tumores son adenocarcinomas generalmente en duodeno y también estromales (leiomiomas y leiomiosarcomas) generalmente en yeyuno e íleon, lo cual es similar a lo reportado en la literatura internacional en la que la mayoría de los tumores benignos son leiomiomas en yeyuno y de los malignos los adenocarcinomas

en duodeno y leiomiomas en yeyuno en segundo lugar^{3,5,7,9-11,13,16,17}. En la literatura mundial el pico de incidencia se encuentra entre la 5a y 7a décadas de la vida, mas o menos de igual forma en ambos sexos^{3,4,5,7-17}.

Los tumores de carácter benigno tienden a presentarse de forma silente con mayor frecuencia que, los malignos, los cuales son sintomáticos hasta en el 80% de los casos^{3,7,9,11,15,17} pero hasta el 70% se presentan ya con metástasis al momento del diagnóstico^{3,7,8,11,13}. De entre los benignos el leiomioma sobresale como el más sintomático^{5,7,16}. El síntoma más común es el dolor en ambos tipos de tumores, mientras que la hemorragia y anemia sobresalen en los benignos y la pérdida ponderal en los malignos^{3,5-7,9-11,16,17}. Todos los casos analizados en esta serie presentaron síntomas y signos, siendo los más frecuentes el dolor y el vómito, seguidos de pérdida ponderal, tumor palpable, distensión y obstrucción, mientras que en las series de la Dra Araujo²¹ y el Dr Sánchez²⁰ la hemorragia fue el síntoma más frecuente. En cuanto al diagnóstico de estos tumores, los resultados en esta serie se comparan con lo informado previamente en otros estudios, en los que generalmente se requieren un promedio de 2.5 estudios por pacientes para llegar al diagnóstico³ generalmente en un periodo de 6 a 8 meses después del inicio de los síntomas^{6,7,11}. Otros estudios han descrito también la utilidad de la endoscopia sobretodo en neoplasias en duodeno^{3,5-7,9,10,20,21}, sin embargo los tumores más dislates siguen siendo un problema diagnóstico por la baja sensibilidad de los estudios diagnósticos disponibles actualmente y el diagnóstico de estos tumores se da con la cirugía hasta en un 70% de los casos⁷. La sensibilidad de los estudios aumenta cuando existe sospecha clínica, y llega a ser hasta del 90% con el tránsito intestinal realizado por enteroclorisis^{6,7,17}. En el presente estudio el diagnóstico se realizó en el preoperatorio en dos pacientes y se sospecho en el paciente con leiomioma, y 3 (75%) de los tumores malignos tenían ya metástasis al momento del diagnóstico.

Hasta el 70% de los tumores malignos pueden ser resecables^{7,10,14,16}. En esta serie fueron resecables 3 de 4 pacientes con tumores malignos, en dos con resección intestinal y en otro más con pancreatoduodenectomía. Este último presentó complicaciones posquirúrgicas que requirieron reintervención.

6. CONCLUSIONES

Comparando con la experiencia previa reportada²¹, la incidencia total de los tumores primarios de intestino delgado en el servicio de Cirugía General de esta unidad continua estable (2.57 Vs 2.4 pacientes por año), aunque se ha incrementado para los tumores de carácter maligno, los cuales se presentan en su mayoría con metástasis por retraso en el diagnóstico. Los estromales continúan siendo la mayoría de estos tumores. Aunque se presentan en su mayoría con síntomas, estos son inespecíficos y la sospecha clínica continua siendo baja, requiriendo un promedio de 2.5 estudios por paciente y un periodo de 5.7 meses en promedio para realizar el diagnóstico a partir del inicio de los síntomas. La endoscopia resultó especialmente útil para pacientes con tumores en duodeno.

Aunque estos tumores son raros, su sintomatología vaga y los estudios diagnósticos poco sensibles, es necesario aumentar nuestro índice de sospecha clínica para realizar así un diagnóstico y tratamiento más tempranos de estas neoplasias.

7. BIBLIOGRAFIA

- 1) Rankin FW and Mayo C. Carcinoma of the small bowel. *Surg Gynecol Obstet* 1930, 50:939-947
- 2) Darling RC and Welch CE. Tumors of the small intestine. *NEJM* 1959; 260:397-408
- 3) Ciresi DL and Scholten DJ. The continuing clinical dilemma of primary tumors of the small intestine. *Am Surg* 1995; 61(8):698-702
- 4) Desa LAJ, Bridger J, Grace PA et al. Primary jejunoileal tumors. A review of 45 cases. *World J Surg* 1991; 15: 81-7.
- 5) García Marcilla JA, Sanchez Bueno F, Moreno Egea A, et al. Benign tumors of small intestine. *Rev Esp Enferm Dig* 1994; 85(3):177-9.
- 6) Maglinte DDT and Reyes BL. Gastrointestinal Cancer: radiologic diagnosis and staging . Small Bowel Cancer. *Rad clin north Am* 1997; 35(2)361-380.
- 7) Aiello CV, Flores FG, Oñate OLF, et al. Tumores de Intestino delgado. *Rev Gastroenterol Méx* 1997; 62(3):167-174.
- 8) Cusack JC and Tyler DS. Small Bowel Malignancies and Carcinoids Tumors. THE M.D ANDERSON SURGICAL ONCOLOGY HANDBOOK. Boston: Little, Brown; 1995:142-159.
- 9) Martin LF, Max MH, Richardson JD, Peterson GH. *South Med J* 1980; 73(8):981-5
- 10) Minardi AJ, Zibari GB, Aultman DF, et al. Small-Bowel Tumors. *J Am Coll Surg* 1998; 186(6):664-8
- 11) Zollinger RM, Stemfeld WC, Schrelber H. Primary Neoplasms of the Small Intestine. *Am J Surg* 1986; 151: 654-8.
- 12) Disario JA, Burt RW, Vargas H and Mc Whorter WP. Small Bowel Cancer: Epidemiological and Clinical Characteristics from a Population-based Registry. *AJG* 1994; 89(5):699-701.
- 13) Bhutani MS and Gopalswamy N. A Multicenter Experience in the United States with Primary Malignant Tumors of the Small Intestine. *AJG* 1994; 89(3): 460.
- 14) Barclay THC and Schapira DV. Malignant Tumors of the Small Intestine. *Cancer* 1983; 51: 878-881.
- 15) Gore RM. Small Bowel Cancer. Gastrointestinal Cancer: Radiologic diagnosis and staging. *Radiol Clins N A* 1997; 35(2):351-60.

ESTA TESIS HA DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 16) Blanchard DK, Budde JM, Hatch GF et al. Tumors of the Small Intestine. *World J Surg* 2000; 24(4):421-429.
- 17) Schwartz, Shires, Spencer. Neoplasias del intestino delgado. PRINCIPIOS DE CIRUGIA. 6a ed, 1995, pp1209-1216; editorial Mac Graw Hill.
- 18) Sabiston DC Jr. Tumores de duodeno e intestino delgado: TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA 14a ed, 1995, vol 1: 901-7; editorial Mac Graw hill.
- 19) Maglinte DT, O'connor K, Bessette J, et al. The role of the physician in the late diagnosis of primary malignant tumors of the small intestine. *AJG* 1991; 86:304-8.
- 20) Sánchez P, Lizarazu J, Robledo F y cols. Tumores de intestino delgado. Diez años de experiencia. *Cir Ciruj* 1996; 64:138-140
- 21) Araujo EA, Campos CF, Garcia CF, Fenig RJ. Tumores de Intestino delgado. *Cir Ciruj* 1988; 10:55-58
- 22) Montesano D JR. MANUAL DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION. 1ª ed, 1999, editorial Auroch.
- 23) Méndez RI, Namihira GD, Moreno AL y Sosa de Martinez C. EL PROTOCOLO DE INVESTIGACION. 2ª ed 1990, editorial Trillas.