



VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005



Adenocarcinoma del ángulo duodeno yeyunal. A propósito de un caso.

Mario Miguel Morales Wong^{*}, Mario Michel Gómez Hernández^{**}, Martha Martín Torres^{**}, Carmen Casañola Grillo^{**},
Ivette Manzanares La Guardia^{**}, Olga Lidia Llanes Mendoza^{**}

^{*} Hospital Universitario Dr. Mario Muñoz Monroy. Colón. Provincia Matanzas. Cuba CUBA

^{**} Hospital Universitario Dr. Mario Muñoz Monroy. Colón. Provincia Matanzas. Cuba. CUBA

Resumen

Los tumores malignos del intestino delgado son infrecuentes, representan tan solo el 1 al 2% de todos los cánceres del tracto gastrointestinal, son sus variedades histológicas más frecuentes los adenocarcinomas, tumor carcinoide, linfomas y sarcomas. Se presenta un caso con historia de un síndrome emético prolongado post prandial tardío de contenido bilioso, tras haberse realizado panendoscopia y estudios radiográficos contrastados de estómago duodeno se hace el diagnóstico de una obstrucción entre tercera y cuarta porción de duodeno de etiología posible tumoral, con dicho planteamiento se decide la intervención quirúrgica encontrando tumor irreseccable del ángulo duodeno yeyunal infiltrando a retroperitoneo y estructuras subyacentes, se evidenció además metástasis hepática y a epiplón mayor. Se realiza proceder quirúrgico derivativo (gastroyeyunostomía y yeyunoyeyunostomía), siendo la evolución postoperatoria satisfactoria. El informe anatómico patológico evidenció un adenocarcinoma bien diferenciado de intestino delgado. Comunicamos este caso motivados por la baja incidencia de presentación de los tumores de intestino delgado al un ísono de una localización inhabitual.

Introducción

Introducción.

Los tumores malignos del intestino delgado son infrecuentes, representan tan solo el 1 al 3% de todos los cánceres del tracto gastrointestinal (1,2,3), son sus variedades histológicas más frecuentes los adenocarcinomas, tumor carcinoide, linfomas, y sarcomas (3-6). Desde el inicio sus síntomas son pobres y el diagnóstico preoperatorio suele hacerse difícil por lo que muchos pacientes son diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad con un pobre pronóstico (7-10). Más recientemente se han desarrollado nuevas técnicas endoscópicas para el estudio del intestino delgado y sin embargo no se ha favorecido el diagnóstico en estadios precoces, por lo que la sospecha clínica, los estudios contrastados del tránsito gastrointestinal y la tomografía axial computarizada con contraste son los elementos diagnósticos con los cuales aún contamos para descubrir la enfermedad (3,5,11). El tratamiento es quirúrgico, la quimioterapia y la radioterapia contribuyen poco a la supervivencia dependiendo del tipo de tumor(1). Soeda (5) reportó un caso de un adenocarcinoma diagnosticado y tratado por laparoscopia llegando a realizar una cirugía radical que incluyó una amplia disección de los linfonodos regionales. Dado lo infrecuente de la patología presentamos un caso de Adenocarcinoma del Intestino Delgado tratado en nuestro centro.

Reporte del caso

Se trata de un paciente de 59 años de edad que ingresa (Mayo/2005) en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy" del Municipio de Colón, Provincia Matanzas, Cuba, teniendo como síntoma principal el vómito bilioso

postprandial irregular, adjudicado por el paciente a una transgresión alimentaria de días anteriores y como síntomas recogidos en el interrogatorio existía discreta pérdida de peso y algunos trastornos dispépticos inespecíficos.

Complementarios:

Panendoscopia: (Mayo 16/2005): Presencia de secreciones biliosas espesas en todo esófago, estómago piloro permeable, se explora hasta la segunda porción de duodeno por presencia de material bilioso grueso que es imposible de remover a pesar de varios intentos de lavados, eritema esofágico y en la mucosa antral .

Hematología:

Hb 12 g/100ml

Leucograma 11.2×10^9

Segmentados 74%

Linfocitos 20%

Stab 001%

Eritrosedimentación 14mm

Plaquetas $220\,000 /\text{mm}^3$

Hemoquímica:

Glicemia: 5.3 mosmol/l

Creatinina: 180 micromol/l

Proteínas Totales: 67 g/l

TGP: 80 UI

Hemogasometrías: Varias, compatibles con Alcalosis Metabólica.

Imagenología:

Ecografía (10/05/2005): Hígado con imagen nodular hacia el lóbulo derecho que mide 28x33 mm y otra hacia lóbulo izquierdo de 27x25mm de aspecto metastáticos, .duodeno distendido con líquido en su interior. Páncreas normal .

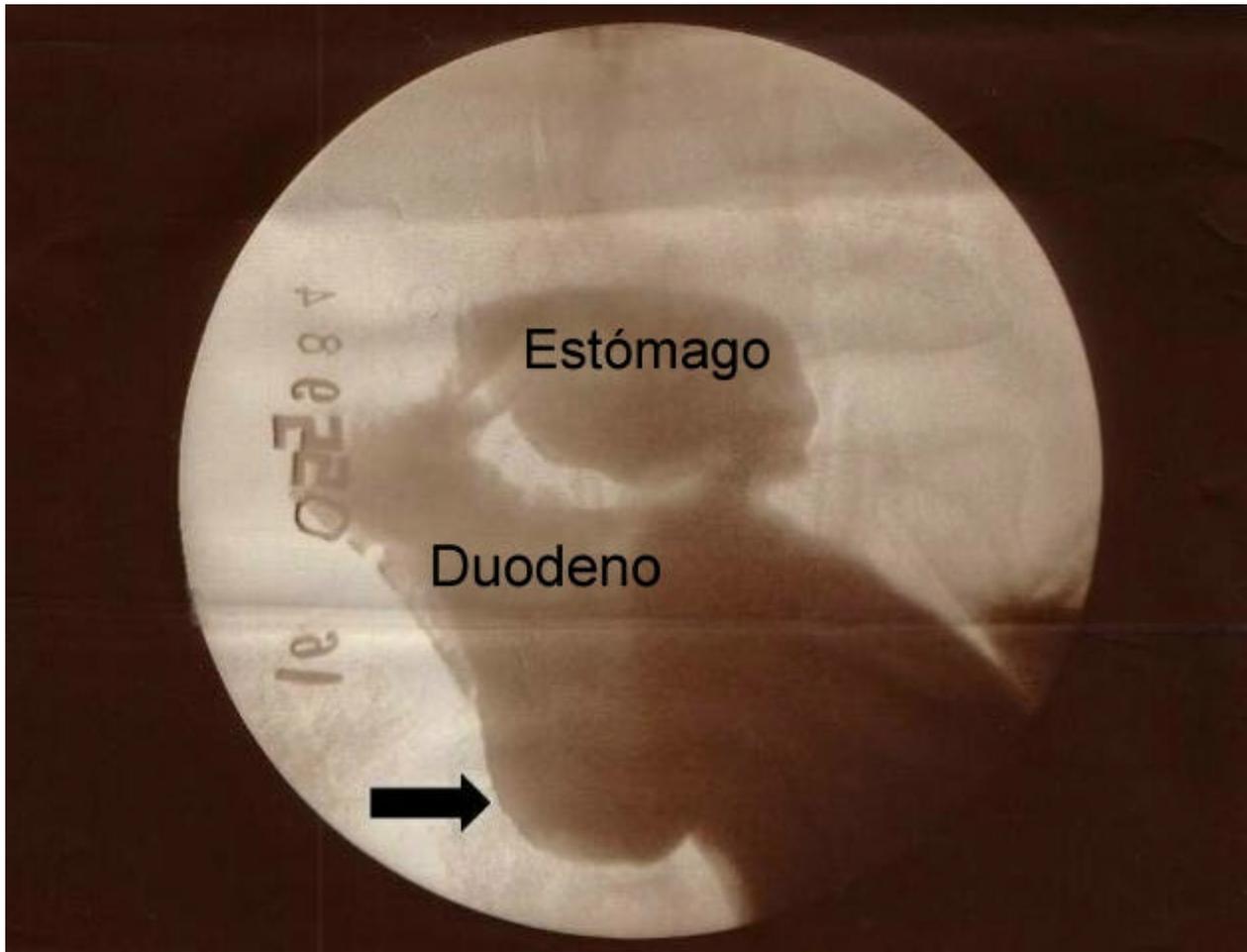
Estudio contrastado de Esófago Estómago y Duodeno (11/05/2005): Marcada dilatación gastro duodenal, no pase de contraste a yeyuno.

Se rediscute con el Departamento de Imagenología y se realiza Rayos X contrastado bajo pantalla fluoroscópica (14/05/2005) en la que se observa dilatación gástrica y duodenal hasta la cuarta porción de duodeno, reflujo de contraste hacia estómago.

Decidida la intervención quirúrgica después de una discusión colectiva en el Servicio de Cirugía General, entre otros diagnósticos se lleva al salón como un posible tumor de intestino delgado a forma oclusiva.

Informe Operatorio: Marcada dilatación gástrica y duodenal, presencia de tumores de aspecto metastáticos en ambos lóbulos del Hígado de aproximadamente 4 cm de diámetro, tumor polipoideo infiltrante a nivel del ángulo de Treiz con metástasis a mesos , epiplón mayor linfáticos para aórticos en paquetes que forman un bloque con el tumor que imposibilita la resección de este, se decide realizar un proceder derivativo: Gastroyeyunostomía Latero -Lateral con asa de Brown, se toma muestra del tumor y se realiza exéresis de metástasis de epiplón también para estudio histopatológico.

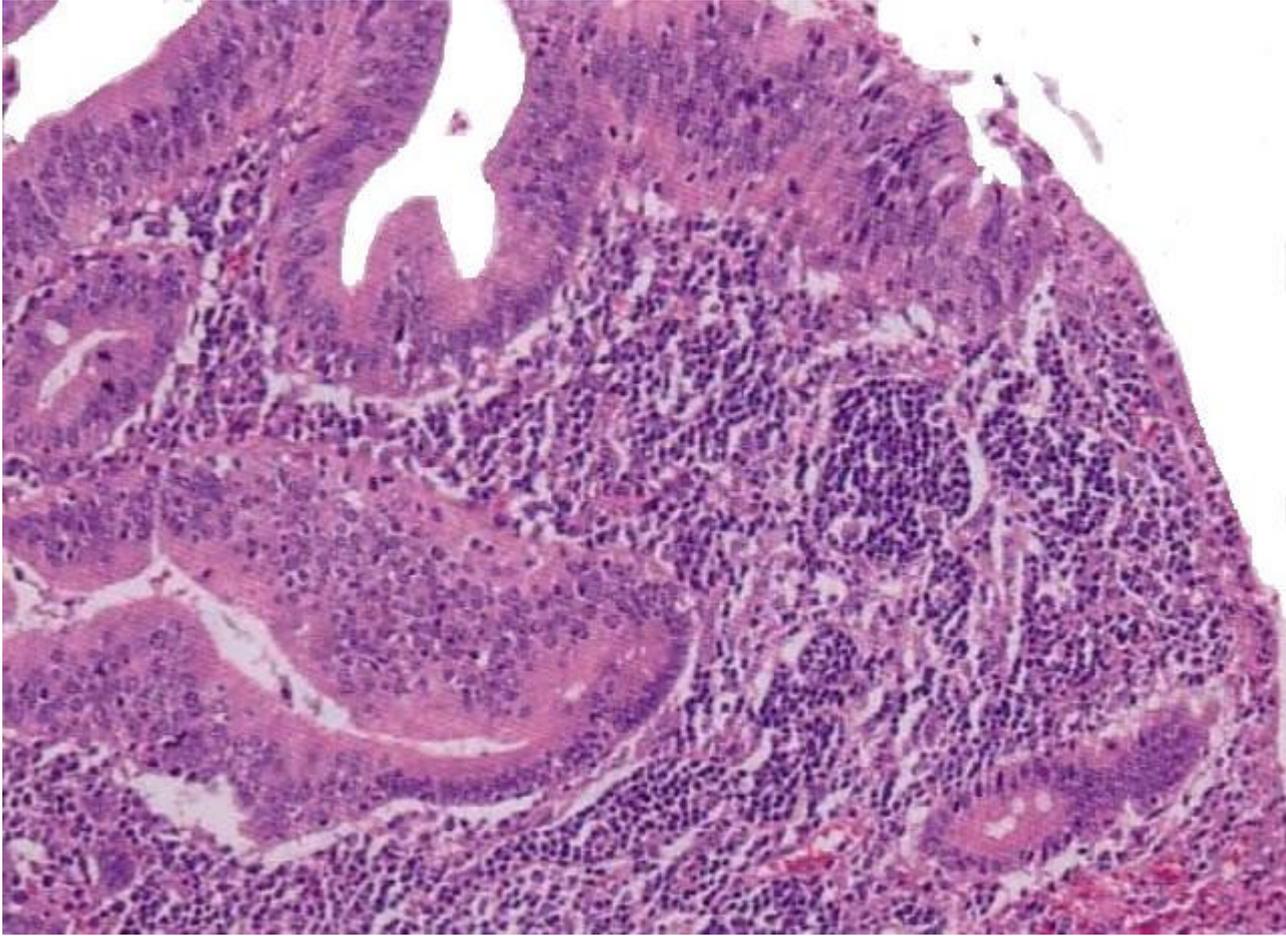
Histopatología: Adenocarcinoma de Intestino Delgado moderadamente a pobremente diferenciado



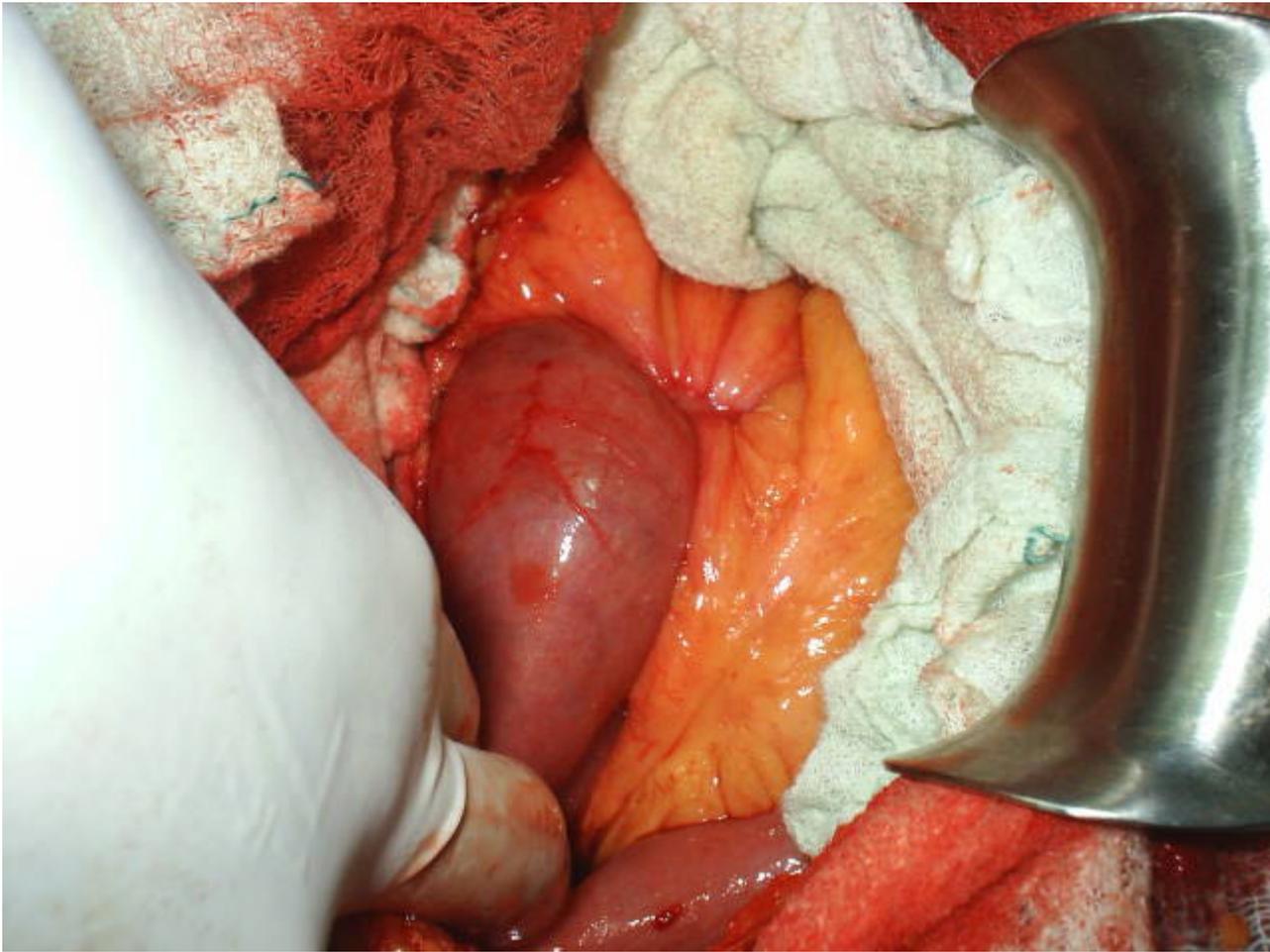
- Estudio contrastado de estómago duodeno que muestra dilatación duodenal, y éstasis



- Estudio Sonográfico que muestra metástasis Hepática en el lóbulo derecho



Adenocarcinoma de Yeyuno - Adenocarcinoma moderadamente o pobremente diferenciado



Aspecto transoperatorio del Tumor del Intestino. -

Discusión

El intestino delgado ocupa el 75 por ciento del tamaño y el 90% de la superficie de absorción del tubo digestivo, es raramente blanco de tumores malignos los que tan solo ocupan entre el 1 y el 3% de los cánceres del sistema digestivo(1,2) haciéndolos bastante infrecuentes. Existen varias teorías que intentan dar una explicación al respecto, entre las cuales se mencionan el tránsito rápido, el contenido intestinal líquido, un abundante nivel de enzimas digestivas que pueden destoxificar potenciales carcinógenos, una baja presencia de poblaciones bacterianas y la presencia abundante tejido linfoide(9). Los síntomas de presentación son inespecíficos y muchas veces insidiosos, entre los que se encuentran el dolor abdominal, vómitos y náuseas, pérdida de peso, sangramiento digestivo y masa palpable (8,9,12,13) Los adenocarcinomas representan en la mayoría de las series la variedad histológica más representativa seguida de los tumores carcinoides y de los linfomas(3-6), afecta a ambos sexos aunque en la mayoría de las series sexo masculino está ligeramente más afectado(6,7,13-16) en la quinta década de la vida(7,10,12,13,16) asienta principalmente en el duodeno y en las primeras asas yeyunales (9), los hallazgos quirúrgicos macroscópicos suelen ser de 3 tipos: estenosantes, úlcero- infiltrantes y de tipo polipoideo, siendo para yeyuno e ileon la variedad estenosante la más frecuente (5), nuestro paciente presentó una forma polipoidea infiltrante que ocluía casi totalmente la luz intestinal.

El riesgo de cáncer en el intestino delgado es significativamente mayor en pacientes con cáncer colorectal no polipoideo hereditario (17), aunque se ha establecido además una asociación con enfermedades genéticas por ejemplo: polipomatosis adenomatosa familiar del colon, con enfermedades inflamatoria crónica como Enfermedad de Crohn (14) y el esprue tropical, tumores benignos del intestino delgado, leiomiomas, lipomas, hamartomas, o tumores desmoides(18).

Debido a que normalmente el intestino delgado es relativamente inaccesible a la endoscopia de rutina el diagnóstico es usualmente tardío es decir meses después del comienzo de los síntomas(18), cuando hay sospechas, los exámenes contrastados (1,11,16,18,19) y la tomografía (4,11,20) son los de mayor utilidad en el diagnóstico aunque en las lesiones duodenales la endoscopia es primordial(3,4,5), se reporta que la aparición de un adenocarcinoma en el duodeno representa la localización de peor evolución clínica terapéutica debido a las estructuras vitales vecinas que hacen más difícil su manejo(12).

El pronóstico es sombrío debido a lo tardío que suele hacerse la confirmación clínica y a la agresividad de la enfermedad (8), este depende de la edad del paciente, localización del tumor, los márgenes quirúrgicos, la diseminación extramural, diseminación linfática, y al grado de diferenciación del tumor, (14,16). Las metástasis son frecuentes en el momento del diagnóstico, tal y como se evidenció en el caso que presentamos siendo inclusive un subtipo bien diferenciado. Dabaja (7) reporta que el 74% de su serie se encontraba entre los estadios III y IV, siendo el hígado el sitio de mayor frecuencia de metástasis (59%), Rangiah (3) comunica una frecuencia de hígado nodular en el 46%, mientras que otros autores hacen reportes que oscilan entre un 37 al 45% (3,12).

El tratamiento incluye la resección extensa con disección linfática adecuada lo que constituye la mejor garantía de curabilidad, en muchos casos la cirugía radical no es posible y solo pueden hacerse procedimientos paliativos, la quimioterapia y la radioterapia no tienen influencia significativa en la supervivencia (1,9,16,21) Minardi AJ (4) reportó resecciones curativas en 2 enfermos y realizó procedimientos paliativos en 9, Stagnitti (15) logró cirugía radical en el 57% de los adenocarcinomas, Cabano F. (16) realizó resección curativa en el 67 % de los casos. Los procedimientos curativos son realizados a un 50 - 60% de los enfermos, siendo la mayoría de estos altos reportes para el tipo histológico Tumor Carcinoide, para la variedad glandular (adenocarcinoma) las cifras de procedimientos curativos descienden dada la diferente naturaleza y comportamiento del tumor, en nuestro caso solo pudo efectuarse un proceder derivativo como reporta la mayoría de los autores cuando tratan el subtipo adenocarcinoma(3, 6, 9,15).

Los tumores de las partes altas del intestino delgado representan un raro diagnóstico que siempre debe tenerse en cuenta ante un paciente con cuadros dolorosos abdominales recurrentes inespecíficos, síndrome general y que se presenten con un cuadro oclusivo alto semejante al síndrome pilórico con vómito bilioso.

Bibliografía

1. Abu-Hamda EM, Hattab EM, Lynch PM. Small bowel tumors. *Curr Gastroenterol Rep.* 2003 Oct;5(5):386-93.
2. Quaglino F, Borello M, Cumbo P, Pietribiasi F, Poma A, Seglie E, Do D. Gastrointestinal stromal tumors. A case of small intestine stromal tumor (SIST) with an uncertain biological aspect. *Minerva Chir.* 2000 May;55(5):347-51.
3. Rangiah DS, Cox M, Richardson M, Tompsett E, Crawford M. Small bowel tumours: a 10 year experience in four Sydney teaching hospitals. *ANZ J Surg.* 2004 Sep;74(9):788-92.
4. Minardi AJ Jr, Zibari GB, Aultman DF, McMillan RW, McDonald JC. Small-bowel tumors. *J Am Coll Surg.* 1998 Jun;186(6):664-8.
5. Soeda J, Sekka T, Hasegawa S, Ishizu K, Ito E, Saguti T, Ogosi K, Makuuchi H. A case of primary small intestinal cancer diagnosed by laparoscopy. *Tokai J Exp Clin Med.* 2004 Dec;29(4):159-62.
6. Ito H, Perez A, Brooks DC, Osteen RT, Zinner MJ, Moore FD Jr, Ashley SW, Whang EE. Surgical treatment of small bowel cancer: a 20-year single institution experience. *J Gastrointest Surg.* 2003 Nov;7(7):925-30.
7. Dabaja BS, Suki D, Pro B, Bonnen M, Ajani J. Adenocarcinoma of the small bowel: presentation, prognostic factors, and outcome of 217 patients. *Cancer.* 2004 Aug 1;101(3):518-26.
8. Delaunoy T, Neczyporenko F, Limburg PJ, Erlichman C. Pathogenesis and risk factors of small bowel adenocarcinoma: a colorectal cancer sibling? *Am J Gastroenterol.* 2005 Mar;100(3):703-10.
9. Talamonti MS, Goetz LH, Rao S, Joehl RJ. Primary cancers of the small bowel: analysis of prognostic factors and results of surgical management. *Arch Surg.* 2002 May;137(5):564-70; discussion 570-1.
10. Bozdogan AD, Nazli O, Tansug T, Isguder AS. Primary tumors of the small bowel: diagnosis, treatment and prognostic factors. *Hepatogastroenterology.* 2003 Dec;50 Suppl 2:ccxvi-ccxviii.
11. Kam MH, Barben CP, Eu KW, Seow-Choen F. Small bowel malignancies: a review of 29 patients at a single centre. *Colorectal Dis.* 2004 May;6(3):195-7.
12. Abdul-Rahman MM, Al-Waali MM, Al-Naaimi AS. Analysis of small bowel tumors. *Saudi Med J.* 2004 Dec;25(12):1900-5.
13. Garcia Marcilla JA, Sanchez Bueno F, Aguilar J, Parrilla Paricio P. Primary small bowel malignant tumors. *Eur J Surg Oncol.*

1994 Dec; 20(6): 630-4.

14. Abrahams NA, Halverson A, Fazio VW, Rybicki LA, Goldblum JR.

Adenocarcinoma of the small bowel: a study of 37 cases with emphasis on histologic prognostic factors. *Dis Colon Rectum*. 2002 Nov; 45(11): 1496-502.

15. Stagnitti F, Coletti M, Corona F, Priore F, Tiberi R, Mongardini M, Costantini A, Schillaci F. Small intestine tumors: our experience in emergencies. *G Chir*. 2003 Jan-Feb; 24(1-2): 34-8.

16. Cabano F, Cebrelli C, Barbiggia C, Cebrelli CF, Sfondrini P. Primary malignant tumors of the small intestine. A clinical report. *Minerva Chir*. 1990 Jun 15; 45(11): 821-6.

17. Schulmann K, Brasch FE, Kunstmann E, Engel C, Pagenstecher C, Vogelsang H, Kruger S, Vogel T, Knaebel HP, Ruschoff J, Hahn SA, Knebel-Doeberitz MV, Moeslein G, Meltzer SJ, Schackert HK, Tympner C, Mangold E, Schmiegel W; The German HNPCC Consortium. HNPCC-associated small bowel cancer: clinical and molecular characteristics. *Gastroenterology*. 2005 Mar; 128(3): 590-9.

18. Gill SS, Heuman DM, Mihas AA. Small intestinal neoplasms. *J Clin Gastroenterol*. 2001 Oct; 33(4): 267-82.

19. Zhan J, Xia ZS, Zhong YQ, Zhang SN, Wang LY, Shu H, Zhu ZH. Clinical analysis of primary small intestinal disease: A report of 309 cases. *World J Gastroenterol*. 2004 Sep 1; 10(17): 2585-7.

20. Ojha A, Zacherl J, Scheuba C, Jakesz R, Wenzl E. Primary small bowel malignancies: single-center results of three decades. *J Clin Gastroenterol*. 2000 Apr; 30(3): 289-93.

21. Brucher BL, Stein HJ, Roder JD, Busch R, Fink U, Werner M, Siewert JR. New aspects of prognostic factors in adenocarcinomas of the small bowel. *Hepatogastroenterology*. 2001 May-Jun; 48(39): 727-32.