

# TUMORES MALIGNOS DEL YEYUNO-ILEON

Dr. J. M. Araya\* - Dr. L. A. Picon Ponce\*\* - Dra. María Vicenta Nunnari\*\*\* - Dr. J. A. Marengo\*\*  
Dr. J. A. Zuin\*\* - Dr. J. J. Garibotti\*\*\*\*

## RESUMEN

Se presentan 9 casos de neoplasias primitivas del yeyuno-íleon recogidas en los últimos 10 años en un Servicio de Cirugía. Se repasan las formas clínicas de presentación. Se señalan las dificultades diagnósticas y se muestra el tratamiento realizado.

## SUMMARY

Nine cases with malignant tumors of jejunum-ileum were examined and treated surgically in a period of 10 years. The clinical forms of presentation are reviewed. Difficulties in diagnosis are pointed out and the surgical treatment is explained.

Son tumores de presentación poco común. Las razones se desconocen aunque pareciera que este sector del tubo digestivo goza de algún tipo de inmunidad.<sup>(1)</sup> La frecuencia oscila entre 1 a 6 % de los cánceres del tubo digestivo, según distintos autores.<sup>(2, 3, 4, 5)</sup> Las variedades anatomopatológicas más frecuentes corresponden a tumores carcinoides, linfomas y adenocarcinomas. En estadios tempranos son tumores con una sintomatología muy vaga e inespecífica, por lo que son diagnosticados después de excluir otras patologías o descubiertos en una laparotomía realizada por otro motivo.

En estadios avanzados se presentan clínicamente por sus complicaciones, que son: oclusión intestinal, perforación o hemorragia digestiva baja.

Los tumores no-carcinoides tienen mal pronóstico debido al diagnóstico tardío y avanzado estado de la enfermedad en el momento de su tratamiento.<sup>(5-7)</sup>

Los carcinoides tienen una historia natural más favorable debido a su lento crecimiento, y el índice de sobrevida a los 5 años oscila en las mejores series entre 56 a 64 %.<sup>(2, 3, 4, 5, 6)</sup>

## MATERIAL Y METODO

Entre los años 1976-1986 fueron tratados 9 pacientes con neoplasias primarias del yeyuno-íleon en el Servicio de Cirugía N° 1, Hospital Córdoba.

Todos los pacientes seleccionados para este estudio fueron sometidos a una laparotomía exploradora y resección o biopsia de su respectivo tumor.

### Sexo

Seis pacientes (66 %) correspondían al sexo masculino y 3 (33 %) al sexo femenino.

### Edad

Oscilaba entre los 30 y 86 años. Siendo la edad media 58 años.

### Distribución topográfica

Seis tumores se encontraban ubicados en el yeyuno y 3 en el íleon.

## Histología

Cuatro tumores fueron carcinoides (44,4 %), 4 fueron linfomas (44,4 %) de los cuales 3 fueron de la variedad no-Hodgking y 1 tipo Hodgking; un tumor resultó ser adenocarcinoma (11 %).

CUADRO I  
Distribución de acuerdo con el tipo histológico y localización

	Adeno-carcinoma	Carcinoides	Linfomas	Todos los tipos histológicos
Yeyuno	1	3	2	6
Ileon	—	1	2	3

## Presentación clínica (ver cuadro II)

CUADRO II  
Manifestaciones clínicas

Oclusión intestinal .....	4 pacientes
Hallazgo operatorio .....	3 pacientes
Síndrome perforativo .....	2 pacientes
Pérdida de peso .....	4 pacientes
Anemia .....	2 pacientes

## Adenocarcinomas

Se presentó un paciente de sexo femenino de 52 años de edad, que presentó una clínica de oclusión intestinal incompleta de 15 días de evolución. El tránsito baritado gastrointestinal mostró una estenosis en el yeyuno proximal.

En la exploración se encontró un adenocarcinoma de yeyuno que infiltraba el mesenterio hasta su raíz con adenopatías en las cadenas ganglionares latero-aórticas. Se realizó un by-pass duodeno-yeyuno con la segunda porción del duodeno. La enferma fallece a los 15 días por embolia de pulmón.

\* Profesor Titular de Cirugía II. Universidad Católica de Córdoba.

\*\* Médico Residente de Cirugía.

\*\*\* Médico Residente de Clínica Médica.

\*\*\*\* Jefe de Servicio.

Servicio de Cirugía N° 1 Jefe: Prof. Dr. Garibotti, Hospital Córdoba, Avda. Patria y Libertad, 5000 Córdoba, Argentina.

### Tumores carcinoides (ver cuadro III)

En 2 pacientes se encontró este tumor en el curso de una laparotomía exploradora por hemorragia digestiva alta por gastritis erosiva.

Los 2 pacientes restantes se presentaron con un cuadro clínico de oclusión intestinal habiendo padecido previa-

mente, ambos, episodios de oclusión intestinal incompleta caracterizada por dolor abdominal, estado nauseoso, constipación y luego diarrea. Ningún paciente presentó la sintomatología del síndrome carcinoides. Ninguno presentaba metástasis hepáticas en el momento de la laparotomía.

CUADRO III  
Tumores carcinoides

	Edad	Sexo	Clínica	Diagnóstico	Histología	Evolución
1)	61	M.	Hem.dig. alta	Operatorio	Carcinoide yeyunal	Fallece a las 48 hs. Insuficiencia cardíaca
2)	30	M.	Hem.dig.alta	Operatorio	Carcinoide yeyunal	Fallece, recidiva H.D.A.
3)	34	M.	Oclusión intestinal	Operatorio	Carcinoide ileal	Fallece al año Ca. de esófago
4)	57	M.	Oclusión intestinal	Operatorio	Carcinoide yeyunal	Vivo

Es digna de mencionar la asociación en el primero y segundo caso de estos tumores con hemorragia digestiva alta por gastroduodenitis erosivas. En el tercer caso presenta como neoplasia asociada un carcinoma epidermoide de esófago que se descubre un año después del diagnóstico de tumor carcinoides ileal, y que lleva al paciente al óbito.

### Linfomas

Tres de estos tumores fueron de la variedad no-Hodgking y uno del tipo Hodgking. La clínica, diagnóstico y evolución se describe en el cuadro IV.

CUADRO IV

	Edad	Sexo	Clínica	Diagnóstico	Histología	Evolución
1)	86	F.	Abd. ag. perf.	Operatorio	Linfoma H. ileal	Fallece Sepsis
2)	71	M.	Hem. dig. alta	Operatorio	Linfoma no-Hodgking yeyunal	Favorable, a los 3 años recidiva y by-pass intestinal
3)	64	F.	Oclusión intestinal	Operatorio	Linfoma linfocítico pobrem.dif. yeyunal	Viva
4)	57	M.	Abd. ag. erf.	Operatorio	Linfoma de íleon diseminado no-Hodgking	Fístula enterocutánea, evisceración, fallece a los 38 días

### TRATAMIENTO

La conducta quirúrgica realizada en 6 pacientes (66,6 %) fue la resección intestinal amplia con extirpación del meso hasta su raíz y reconstrucción laterolateral o terminoterminal.

En 1 paciente que presentaba un adenocarcinoma de la primera asa yeyunal, con adenopatías latero-aórticas, se realizó un by-pass duodenoyeyunal con la segunda porción del duodeno.

En otro paciente con un linfoma de íleon terminal perforado e irreseccable, por su diseminación en mesos y peritoneo, se realizó un drenaje dirigido de la perforación. En el último enfermo, con un pequeño tumor carcinoides en el borde antimesentérico del yeyuno, se realizó una resección en cuña.

### Quimioterapia adyuvante

Se realizó en 3 casos. En 2 pacientes con linfoma no-Hodgking y en 1 paciente con adenocarcinoma de yeyuno.

### Sobrevida

Cuatro pacientes fallecieron en el posoperatorio siendo las causas de muerte: embolia de pulmón, recidiva de H.D.A., insuficiencia cardíaca aguda, fístula enterocutánea y sepsis.

Otro enfermo falleció al año de operado por carcinoma epidermoide de esófago inoperable.

Sobreviven 3 enfermos, un paciente luego de 3 años de operado, otro a 6 meses de la cirugía, ambos con linfomas no-Hodgking. El restante, portador de un tumor carcinoides, sobrevive a 3 meses de la cirugía.

## DISCUSION Y CONCLUSION

Dentro de las neoplasias gastrointestinales son los menos frecuentes. El diagnóstico preoperatorio es difícil por la inespecificidad de los síntomas y la falta de procedimientos diagnósticos que puedan acceder a este sector del tubo digestivo con facilidad.

En nuestra revisión en todos los pacientes (100 %) se arribó al diagnóstico de estos tumores en el acto operatorio.

Seis pacientes (66,6 %) se presentaron clínicamente por las complicaciones de tumor. La más frecuente fue la oclusión intestinal (44,4 %) y la perforación intestinal (22,2 %).

En 33,3 % de los casos restantes fueron un hallazgo operatorio ocasional. Por esta razón consideramos de suma importancia la semiología quirúrgica prolija del intestino delgado en el curso de las intervenciones abdominales.

Al tiempo de la cirugía, en 55,5 % de los casos se trataba de lesiones avanzadas. Esto coincide con la mayoría de las series consultadas.<sup>(5, 7, 9)</sup> A pesar de ello, en 77,7 % de los casos se pudo realizar la resección de la masa tumoral. Consideramos que la resección intestinal amplia, con un margen de no menos de 10 cm de intestino sano a ambos lados del tumor y extirpación de las adenopatías, es el tratamiento ideal, cualquiera sea el tipo histológico tumoral.

Dejamos reservada la quimioterapia como terapéutica coadyuvante cuando la exéresis fue incompleta. Los

tumores que mejor responden a los citostáticos son los linfomas.<sup>(2, 5)</sup>

No tenemos experiencia con la radioterapia, pero, en general, está indicada para los linfomas, como única terapéutica o como tratamiento adyuvante.

No podemos sacar conclusiones acerca de la sobrevida a los 5 años relacionada con el tipo histológico debido a que, en nuestra serie, 66,6 % de los pacientes fallecen dentro de los primeros 12 meses del posoperatorio. De éstos, 44,4 % lo hacen por patología intercurrente no relacionada con el tumor primitivo, y 22,2 % restante lo hace por complicaciones inherentes a la neoplasia. La sobrevida global es de 33,3 % de los casos, pero ningún paciente de los que sobrevivieron lleva más de 3 años de operado.

Sí podemos concluir que en los pacientes que presentan un síndrome perforativo la mortalidad es elevada (100 % en nuestra serie), ya que son frecuentes las complicaciones como infección y dehiscencia de la herida operatoria, abscesos intrabdominales, fístulas intestinales, sepsis.<sup>(4, 7)</sup>

Los pacientes que se presentan con oclusión intestinal sin compromiso peritoneal tienen mejor sobrevida (50 % en nuestra serie).

La reseccabilidad de estas neoplasias y, por ende, un mejor índice de sobrevida depende del diagnóstico precoz al que, como se puede ver, es muy difícil arribar.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 ORTIZ, F. E.; LENZI, J.: Tumores del intestino delgado. *Rev. Arg. Cirug.*, 43:261, 1982.
- 2 GOEL, I. P.; DIDOLKAR, M. C.; ELIAS, E. G.: Primary malignant tumors of the small intestine. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 143:717-719, 1976.
- 3 AWRICH, A. E.; IRISH, C. E.; VETTO, R. M.; FLETCHER, W. S.: A 25-year experience with primary malignant tumors of the small intestine. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 151:9-14, 1980.
- 4 MORGAN, D. F.; BUSUTIL, R. W.: Primary adenocarcinoma of the small intestine. *Am. J. Surg.*, 134:331-334, 1977.
- 5 BARCLAY, T. H. C.; SCHAPIRA, D. V.: Malignant tumors of the small intestine. *Cancer*, 51:878-881, 1983.
- 6 STRODEL, W. E.; TALPOS, G.; ECKHAUSER, F.; THOMPSON, N.: Surgical therapy for small-bowel carcinoid tumors. *Arch. Surg.* 118:391-397, 1983.
- 7 CARRIZ, R.; KESELMAN, S., y BICK, M.: Tumores del intestino delgado. *Prensa Méd. Argent.*, 48:3162, 1961.
- 8 STEL, A.; CALAZA, J. M.; PELLEGRINO, F. M., y ENRICH, E.: Tumores malignos del intestino delgado. *Rev. Arg. Cirug.*, 16:175, 1969.
- 9 HOLLENDER, L. F., y col.: Etude anatomo-clinique de 21 tumeurs malignes primitives de jéjunum et de l'iléon. *Ann. Chir.*, 26:639, 1972.