

Oclusión intestinal por proceso neoproliferativo estenosante en yeyuno

Intestinal occlusion in to proliferative stenosis process in jejunum

*Manuel Bernal**, *Israel Sosa**, *Wataru Yamanaka**, *Julio Rodas**, *Denis Servín**,
*Gerson Nayar***, *Renzo Villagra***

Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas. San Lorenzo, Paraguay

RESUMEN

El adenocarcinoma de intestino delgado es una neoplasia poco frecuente que afecta generalmente a personas de edad adulta mayores de 60 años y debutan generalmente como una oclusión intestinal alta de causa desconocida de difícil evaluación por la colonoscopia y endoscopia digestiva alta por la localización de la lesión. El método de diagnóstico más utilizado es la Tomografía contrastada donde se puede ver una masa y la zona de transición entre el intestino delgado normal y dilatado por arriba de la tumoración.

Palabras claves: adenocarcinoma de yeyuno, oclusión intestinal en intestino delgado.

ABSTRACT

The adenocarcinoma of the small intestine is a rare neoplasm that usually affects adults of age over 60 years and usually debut as an upper intestinal occlusion of unknown cause of difficult evaluation by colonoscopy and upper gastrointestinal endoscopy due to the location of the lesion. The most commonly used diagnostic method is the contrasted Tomography where a mass can be seen and the transition zone between the normal and dilated small intestine above the tumor.

Key words: adenocarcinoma in jejunum, small bowell oclosion.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma de intestino delgado representa el 2% de los tumores gastrointestinales (GI) y el 1% de las muertes por cáncer GI⁽¹⁾. El adenocarcinoma primario de intestino delgado es 40–60 veces menos frecuente que el de colon. Aparece en edades adultas, habitualmente entre los 50 y los 70 años, sin predominio de sexo. Entre los métodos auxiliares del diagnóstico para tumores del intestino delgado tránsito gastrointestinal tiene mayor valor en tumores distales. La TC aporta información útil en el estudio de extensión del tumor, pero su rendimiento es limitado en la valoración local del tumor. La capsuloendoscopia se describe como una técnica muy prometedora para el diagnóstico de tumores yeyunoileales. El tratamiento quirúrgico va a depender de la localización y la extensión del tumor. En el momento del diagnóstico la mayoría de tumores son invasivos y presentan metástasis ganglionares o a distancia, lo que se atribuye al retraso en el diagnóstico. La cirugía curativa en los tumores de duodeno distal, yeyuno e íleon consisten en resección intestinal segmentaria y linfadenectomía⁽²⁾.

CASO

Masculino de 54 años, procedente de la ciudad de Capiatá, departamento Central del Paraguay, con IMC 26,25. No conocido portador de patologías de base, sin antecedentes quirúrgicos. Acude al servicio de urgencias derivado de otro servicio hospitalario, donde se realiza el diagnóstico de deshidratación severa, secundaria a vómitos persistentes, que no responden a la medicación. El mismo refiere al interrogatorio cuadro de 3 meses de evolución de náuseas y vómitos en varias oportunidades, que en los últimos 20 días se acompaña de disminución en la emisión de heces y gases, que se acompaña de pérdida de peso de 20 kg desde el inicio del cuadro. Niega sensación febril, dolor, ictericia, coluria, acolia, también niega cuadro similar anterior. Al ingreso se encuentra lucido, afebril, colaborador al examen físico, hipertenso (Pa:150/90), no taquicárdico (fc:74), eupneico. Al examen físico abdominal se constata un abdomen simétrico, distendido en epigastrio, sin circulación colateral, cicatriz umbilical central no evertida. A la palpación poco depresible, doloroso en forma difusa, sin defensa ni irritación, con timpanismo aumentado, los ruidos hidroaereos presentes y normales. Por sonda nasogástrica abundante débito. Al tacto rectal se constata ampolla rectal dilatada ocupada por escasas heces normocoloreadas. Resto del examen físico sin particularidades.

Presenta laboratorio: Hb 12, gb 8750 (N 74%), u 43 cr 1,2 Na 136 K 38 Cl 99, bt 0,99, tp 113% alb 3,8. Presenta ecografía abdominal sin hallazgos de valor y una TAC sin contraste de abdomen y pelvis donde informa hallazgos sugerentes de oclusión intestinal a nivel del yeyuno proximal en relación con engrosamiento parietal irregular del mismo, que podría estar en relación con proceso neoproliferativo (**Figura 1**).

Con los datos obtenidos se decide la intervención quirúrgica en el servicio de urgencias. Se decide realizar laparoscopia diagnóstica, donde se constata tumoración de 2 cm de diámetro aproximadamente, estenosante, a nivel de asa yeyunal a 30 cm del ángulo de Treitz, con dilatación proximal al tumor (**Figura 2**).

Se exterioriza segmento yeyunal por una minilap (**Figura 3**). Se realiza resección del segmento afecto con márgenes de 5 cm

* Jefe de guardia de Urgencias, Hospital de clínicas, FCM-UNA, San Lorenzo, Paraguay

** Médico residente, Cirugía general, Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica, Hospital de Clínicas, FCM-UNA, San Lorenzo, Paraguay

Autor correspondiente: Renzo Villagra e-mail: renzovillagra.meduna11@gmail.com

Recibido 21 febrero 2020 - Aceptado: 24 marzo 2020

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

proximal y distal a la tumoración (Figura 4). Se realiza anastomosis con sutura mecánica lineal, de 60 mm latero-lateral yeyuno yeyunal. El paciente presenta buena evolución clínica y tiene alta al 6º día post operatorio.

El informe de anatomía patológica describe presencia de adenocarcinoma infiltrante, moderadamente diferenciado G2 de intestino delgado, infiltra todas las capas de la pared llegando a comprometer la serosa. Se observa focos de invasión vascular linfática y áreas de necrosis. Márgenes quirúrgicos libres de neoplasia.



Figura 1: Imagen de TAC cc del tumor, se observa gran dilatación proximal y área de transición.



Figura 2: Imagen in situ de tumor estenosante en yeyuno.



Figura 3: Exteriorización del área afectada por incisión mínima supraumbilical.

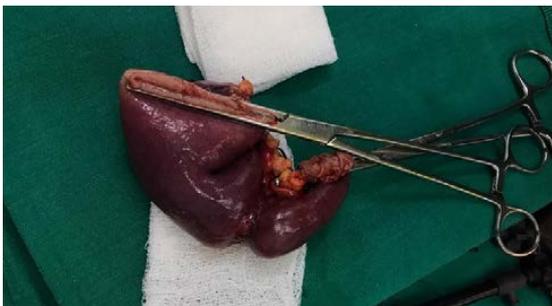


Figura 4: pieza operatoria resecada.

DISCUSIÓN

Cuando se piensa en el cáncer del tracto gastrointestinal (GI), los primeros pensamientos se dirigen a los cánceres del intestino grueso y el estómago, en lugar del intestino delgado, a pesar de que el intestino delgado contiene el 75% de la longitud del tracto alimentario, con 90% de su superficie mucosa⁽³⁾.

La neoplasia maligna del intestino delgado es una entidad de frecuencia con diagnóstico preoperatorio que sigue siendo difícil. Se requiere una intervención quirúrgica temprana con un alto índice de sospecha para mejorar la supervivencia⁽⁴⁾.

Se ha asociado a distintas enfermedades intestinales como la poliposis adenomatosa familiar, el síndrome de Lynch tipo II, la fibrosis quística, la úlcera péptica o el esprue celíaco, aunque la enfermedad de Crohn (EC) es el factor de riesgo más importante el adenocarcinoma de intestino delgado en la enfermedad de Chron es diferente del adenocarcinoma de novo. Surge de una inflamación ileal de larga data y es difícil de diagnosticar. El riesgo acumulado de adenocarcinoma de intestino delgado aumenta después de 10 años de EC y es probable que cause mortalidad prematura en pacientes con EC de inicio temprano⁽⁵⁾.

A diferencia del cáncer gástrico y del colon, que son susceptibles de biopsia endoscópica, el cáncer del intestino delgado distal al duodeno es relativamente inaccesible. Esta dificultad en la evaluación ha llevado a diagnósticos preoperatorios definitivos sólo 35-72% de las series reportada. La tomografía computarizada es un estudio complementario útil para evaluar el alcance de la enfermedad local y / o metastásica. Las características de CT del adenocarcinoma pueden incluir “estrechamiento anular con ‘bordes sobresalientes’ concéntricos o irregulares abruptos, una masa tumoral discreta o una lesión ulcerosa”⁽³⁾.

En cuanto al tratamiento, Cuando se realiza un procedimiento quirúrgico definitivo antes de que aparezcan las metástasis en los ganglios linfáticos, la probabilidad de supervivencia a largo plazo del paciente mejora considerablemente⁽⁶⁾.

Los pronosticadores favorables incluyeron localización yeyunal, ausencia de metástasis ganglionares y un grado bien diferenciado⁽⁷⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Howe JR, Karnell LH, Menck HR, Scott-Conner C.. The American College of Surgeons Commission on cancer and the merican Cancer Society. Adenocarcinoma of the small bowel: review of the National Cancer Data Base, 1985–1995. *Cancer*, 86 (1999), pp. 2693-2706.
2. Ruiz-Tovar J, Martinez-Molina E, Morales V, Sanjuanbenito S: Adenocarcinoma primario de intestino delgado. *CIR ESP*. 2009; 85(6) :pp354– 359.
3. Neugut AI, Marvin MR, Chabot JA. Adenocarcinoma del intestino delgado. En: Holzheimer RG, Mannick JA, editores. *Tratamiento quirúrgico: basado en evidencia y orientado a problemas*. Múnich: Zuckschwerdt; 2001. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK6933/>
4. Kam MH, Barben CP, Eu KW, Seow-Choen F. Small bowel malignancies: A review of 29 patients at a single centre. *Colorectal Dis*, 6 (2004), pp. 195-197.
5. Palascak-Juif V, Bouvier AM, Cosnes J, Flourié B, Bouché O, Cadiot G: Small bowel adenocarcinoma in patients with Crohn's disease compared with small bowel adenocarcinoma de novo: *Inflamm Bowel Dis*, 11 (2005), pp. 828-832.
6. Frost DB, Mercado PD, Tyrell J S. Cáncer de intestino delgado: una revisión de 30 años. *Ann Surg Oncol*. (1994); 1 (4): 290–295.
7. Ouriel K, Adams JT. Adenocarcinoma del intestino delgado. *Soy J Surg*. (1984); 147 : 66-71.