

TUMORES DEL INTESTINO DELGADO (*)

Dr. José A. Piquinela

Observación 1. — P. V., 48 años, ingresa en agosto de 1956 a la Sala García Lagos, H. Maciel. Su enfermedad actual comienza hace un año con dolor en hipogastrio irradiado a ambas fosas ilíacas, que dura 2 a 3 días, con períodos de calma de 1 a 2 semanas. Luego —desde hace 8 o 9 meses— se establecen verdaderas crisis sub-obstruivas con vómitos verdosos y deposiciones muco-sanguinolentas. Adelgazamiento moderado; buen estado general. El examen del abdomen pone de manifiesto una masa palpable, paraumbilical derecha, irregular, lobulada, de consistencia firme, muy móvil y poco dolorosa.

La intervención (4-IX-56. Prof. Piquinela - Dr. Pietropinto. Pte. Vázquez) evidencia un tumor voluminoso que ocupa el mesenterio de la primera asa yeyunal sobre la que parece tomar origen. No se palpan ganglios en la raíz del mesenterio, ni metástasis a nivel del hígado; bazo normal. Hay un divertículo de Meckel de 8 cms. de largo, libre y con gran luz. Se moviliza el ángulo duodeno-yeyunal y se secciona el yeyuno a 5 cms. del mismo; liberación del tumor del borde derecho de la vena mesentérica a la que adhiere íntimamente; sección inferior del yeyuno a 5 cms. del tumor. Enteroanastomosis término-terminal. Resección del divertículo de Meckel. Cierre.

Post-operatorio: sin incidentes. Se encuentra perfectamente bien al año y medio de operado.

Anatomía'- Patológica (Dr. Matteo). Masa groseramente ovoidea de 900 grs. de peso; mide 18 x 14 x 8 cms.; encuadrada por el delgado que aparece estenosado en su parte media. (Figs. 1 y 2)

Al corte, es una masa blanco-rosado, blanduzca, que infiltra la pared intestinal en virola. Hace saliencia en la luz intestinal, disminuyendo su calibre que queda reducido a un desfiladero de 15 mm. (Fig. 3). No ulcera la mucosa sino que la infiltra y levanta. En el cabo aferente se observan dos formaciones ovoideas de aspecto tumoral separadas de la masa principal. El estudio histológico evidencia que se trata de un linfosarcoma a células grandes, irregulares, con mitosis, que invade y disocia las tunicas del intestino.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 23 de octubre de 1957.

Observación 2. — M. R., 55 años, ingresa a la Sala San Luis, H. Ma-
ciel, en agosto de 1953. Historia de dispepsia hepato - vesicular desde hace
20 años con cólicos hepáticos múltiples. Hace 15 días, después de una
comida copiosa experimenta una crisis dolorosa de hipocondrio derecho,
sin irradiaciones, que se prolonga varios días. Hace dos días, cuadro de
obstrucción intestinal que determina su ingreso. Mejora con sondá de
Cantor y tratamiento médico. Se palpa hígado aumentado de tamaño



FIG. 3. — Sección de la pieza
que se abre en dos valvas. Tu-
mor que infiltra la pared in-
testinal y empuja la mucosa
hacia la luz sin ulceración. In-
vade el mesenterio.

y consistencia y una tumefacción subhepática profunda y de límites im-
precisos.

La operación (3-IX-1953. Prof. Piquinela - Dra. Castiglioni) pone de
manifiesto un tumor colecisto - hepático con aspecto de tumor vesicular
propagado directamente al hígado y un tumor estenosante de delgado en
un asa de las medianas con acentuada zona de infiltración mesentérica;
el tumor rodea totalmente al intestino creando una estenosis muy cerrada.
La zona de infiltración mesentérica se puede seguir hasta las vecindades
de la raíz del mesenterio que aparece grueso, edematoso, succulento. Hay
un nódulo yuxta - intestinal a 2 cms. por encima del tumor estenosante.
Entero - enterostomía latero - lateral por encima y debajo del tumor este-
nosante de delgado. Biopsia del nódulo supra - estrictural y del tumor co-
lecisto - hepático (cuyos informes, lamentablemente, no fue posible en-
contrarlos). Cierre.

Post - operatorio inmediato, bueno. Fallece, cuatro meses después de
la intervención.

Presentamos estos dos casos de tumores del intestino delgado como contribución a la casuística nacional.

El primer caso entra dentro de los lineamientos generales del linfosarcoma de delgado. Su localización en la primera asa yeyunal dificultó por la fijeza de la misma, la resección y especialmente el tiempo de la anastomosis. La maniobra de Clairmont —liberación del ángulo duodeno - yeyunal por sección del peritoneo parietal posterior y del músculo de Treitz— permite la movilización del ángulo y su desplazamiento hacia adelante, lo que facilita el abordaje, la exéresis y el tiempo de restablecimiento de la continuidad; es lo que se hizo en este paciente.

La premesenterialización de la cuarta porción duodenal (Starlinger) hace posible la anastomosis término - terminal por delante de la mesentérica superior, en el plano premesentérico, pasando el cabo distal del duodeno a través del mesenterio, por la izquierda o la derecha de la arteria colónica superior derecha.

El segundo caso evidencia una asociación de un carcinoma de delgado con un carcinoma colecisto - hepático en el paciente cuya historia se presenta. Puede tratarse de una asociación de tumores dada la habitual lenta evolución de los cánceres en virola del delgado. O, por igual razón, de una metástasis vesicular y hepática, de un carcinoma del intestino delgado. Tenemos la impresión de que en este caso, se trataba de un cáncer colecisto-hepático que por vía retrógrada —obstrucción linfática— infiltró el mesenterio, determinando la localización en el delgado: aspecto húmedo del peritoneo, ganglios en la raíz del mesenterio, infiltración y aspecto suculento del mismo, ingurgitación de troncos linfáticos paraintestinales yuxta - tumorales, depósitos neoplásicos sub - serosos en el asa proximal por encima y en inmediata vecindad del carcinoma estenosante del delgado.

Dr. Piquinela. — Es para agradecerle al presidente sus palabras, y señalarle las razones que he tenido para pensar, sin poder demostrarlo, que el tumor del delgado pueda ser secundario al vesicular; nos llamó la atención el grado de obstrucción linfática y la presencia de un depósito neoplásico por encima del tumor estenosante en la porción proximal del delgado, nódulo que tenía netamente las características de un depósito neoplásico secundario.