

EPITELIOMA DEL YEYUNO

Dres. D. Prat y C. M. Domínguez

Pronto se cumplirán ocho años desde la fecha que tuvimos ocasión de operar un caso de epiteloma del yeyuno, que curó y ha evolucionado bien hasta la fecha.

He aquí la historia de esta rara afección.

R. B. de N., uruguaya, casada, de 52 años de edad, nos es recomendada por el Dr. J. Zavalla, quien desde hace unos meses la atiende por trastornos difusos del abdomen y hemorragias, que le han provocado una intensa anemia a la enferma. Después de unas molestias ligeras, la paciente tuvo hace unos 9 meses, una deposición negra como borra de café, deposiciones que se repitieron y se prolongaron durante cierto tiempo. La enferma tenía además, dolores de cabeza y debilitamiento general, por lo cual se le hizo exámenes de sangre que comprobaron una gran anemia que se trató con cinco transfusiones, hematoterapia y extracto hepático, que mejoraron mucho a la paciente; pero como las enterorragias se repitieron, volvió a decaer y a desmejorarse.

Con un interrogatorio cuidadoso, se pudo averiguar que la enferma tuvo un pasado patológico gastro intestinal, en que tenía por temporadas dolores epigástricos, con pesadez, ardores y retención de gases, que le abultaban el vientre superior y que se agudizaron cuando empezó a anemiarse. Recuerda también, haber tenido fuertes cólicos intestinales. Durante su tratamiento, tuvo múltiples variaciones y últimamente la anemia fué tan marcada que llegó a 1.500.000 glóbulos rojos y pudimos comprobar que después de un mes y medio de tratamiento realizado por su médico contra la anemia, el resultado es poco satisfactorio y la enferma está muy débil. Ni el interrogatorio ni el examen clínico, me permiten encontrar elementos para reconocer la etiología de sus hemorragias y resuelvo hacerle hacer un examen radiológico gastro duodenal y examen funcional del delgado y un examen completo de sangre.

Este examen de sangre, realizado en el Laboratorio del Dr. Scaltritti da el siguiente resultado. Reacción de Weber: positiva intensa. Glóbulos rojos 1.870.000. G. B. 10.000. Hemoglobina 53 %. V. G. 0.88. Gran neut. 77 %. Eos. 1 %. Bas. 1 %. Microlinf. 11. Macrolinf. 6. Mono-

citosis 4 %. Tiempo de coagulación 4 minutos. (Igorow). Anisocitosis acentuada. Poiquilocitosis discreta. Diámetro medio de los hematíes 8.4 mic. Anemia criptogénica (Pipfer). Junio 6/938. El examen de sangre en abril 6/938 daba 4.000.000 de g. r. y en julio 9/938, 3.500.000.

El examen radiológico realizado en el Laboratorio del Dr. Barcia no da nada gástrico ni duodenal. En el delgado, el estudio del tránsito con comida opaca no permitió comprobar lesión alguna.

Ante tales resultados, acepto el diagnóstico de una posible lesión del delgado, del tipo de un angioma, papiloma o mismo, de un tumor maligno cuya localización ni naturaleza precisa no se puede establecer, para lo cual propongo la operación con su correspondiente exploración quirúrgica. La enferma que anteriormente había sido operada por el Dr. Mérola de una litiasis vesicular y le había practicado una colecistectomía, se negó categóricamente a la operación y se fué para campaña donde continuaría su tratamiento.

En campaña el Dr. Zavalla realiza su asistencia, le practica sondeos duodenales con Weber positivo y que a los 7 días, otro sondeo es negativo.

Régimen vegetariano y tratamiento por la Larostidina Roche. La enferma mejora francamente y hasta le desaparece un dolor abdominal que presentaba hacia arriba y a la derecha del ombligo.

Sin embargo, como los trastornos vuelven a presentarse, la enferma resuelve operarse trasladándose al Sanatorio para su intervención.

Exámenes: Orina normal. Urea 11.52. Cl. 9.28. Urea en el suero 0 gr. 35. Sangre: G. R. 4.300.000. Hemoglob. 80 %. V. G. 0.91. Tiempo de coagulación: se inicia a los 2 ½' y es completa a los 4 ½. (Coagul. de Yegorow).

Suero fisiológico, Digitalina 50 gotas, glucolín y calsonín, laxante y régimen hidrocarbonado y lacto vegetariano.

Operación: Dres. D. Prat, J. Iraola y J. Zavalla. Anestesia crepuscular y local. Incisión transrectal izquierda a 2 ½ centímetros de la línea blanca. Al abrir el vientre se encuentran muchas adherencias epiploicas sobre la herida operatoria. Anestesia del plano peritoneal con novocaina al ½ %. Desprendimiento de las adherencias del hígado y de la pared abdominal. Se reseca un pelotón epiploico que tiene el tamaño de un puño.

El duodeno está totalmente recubierto de adherencias que se liberan y en una cuidadosa exploración realizada en este primer segmento del intestino, no se encuentra úlcera alguna. Estómago normal. La exploración que acabamos de realizar en el abdomen de la enferma después de explorar el hígado, bazo e intestino accesible, no nos permite comprobar lesión alguna y nos plantea una gran perplejidad diagnóstica y la conducta terapéutica a seguir frente a esta paciente. Dada la intensa periduodenitis existente, pensamos si no sería conveniente una gastro enterostomía y nos disponemos a reconocer la iniciación del yeyuno, cuando al realizar esta exploración y tratamos de exteriorizar el yeyuno, comprobamos en éste una tumefacción con una cicatriz, que en seguida la sindicamos como la lesión causante de las hemorragias. Esta tumefacción está a metro y

medio del ángulo duodeno yeyunal; el yeyuno, se presenta grueso y distendido. La tumefacción presenta una estricción cicatrizal, con un nódulo duro del tamaño de una bolita.

Se exterioriza ampliamente la lesión pues el intestino está en esta región completamente libre y no se palpan ganglios en el mesenterio. Protección cuidadosa con compresas y se procede a la resección de la lesión.

Ligadura del intestino por arriba y abajo de la lesión, bien distante de ésta; sección y encapuchamiento de ambos cabos, con una segunda sutura de recubrimiento. Anastomosis látero lateral de los dos cabos intestinales afrontados con la pinza de Témoín y con una boca de 7 cents.

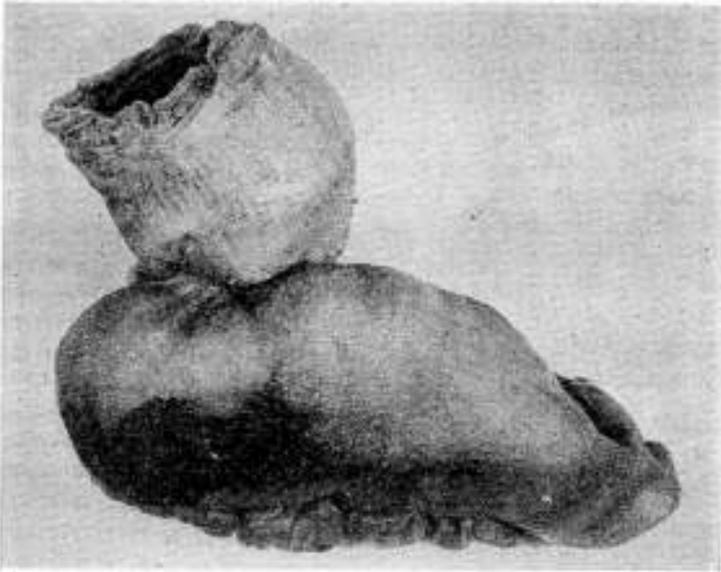


FIG. 1. — R. B. de N. Fotografía de la pieza en seguida de su extirpación. Presenta un estrechamiento en la ubicación de la lesión que provoca una angulación del intestino.

de longitud. Cierre de la brecha mesentérica con catgut, sutura que se continúa en el intestino para realizar una completa peritonización. Hemostasis. Sutura de la pared, con un plano peritoneal, otro aponeurótico con catgut y crines en la piel. La enferma toleró perfectamente el acto operatorio sin dolores, a pesar de su anestesia local.

El segmento de intestino resecado, tiene 8 a 10 cents. de longitud; el cabo superior está distendido y el inferior es estrecho. Se invierte la pieza y se observa que el estrangulamiento se debe a una tumefacción saliente, en forma de hoz, con aspecto de malignidad y la comunicación de los dos cabos se hace por un orificio muy pequeño.

El post operatorio de la enferma fué muy bueno; curó de primera y a los 14 días se fué de alta.

La volvimos a ver 7 meses después y está muy bien, ha engrosado de 12 a 14 kilos. Se queja de un dolor abdominal que explicamos por una eventración que ha hecho en su herida operatoria.

Tuvimos noticias de esta enferma a los tres años que nos confirmaron que estaba muy bien, después no hemos sabido más nada de ella hasta pocos días ha, en que el Dr. Zavalla tuvo la gentileza de comunicarnos que ha seguido perfectamente de su lesión intestinal y curó bien de ella.

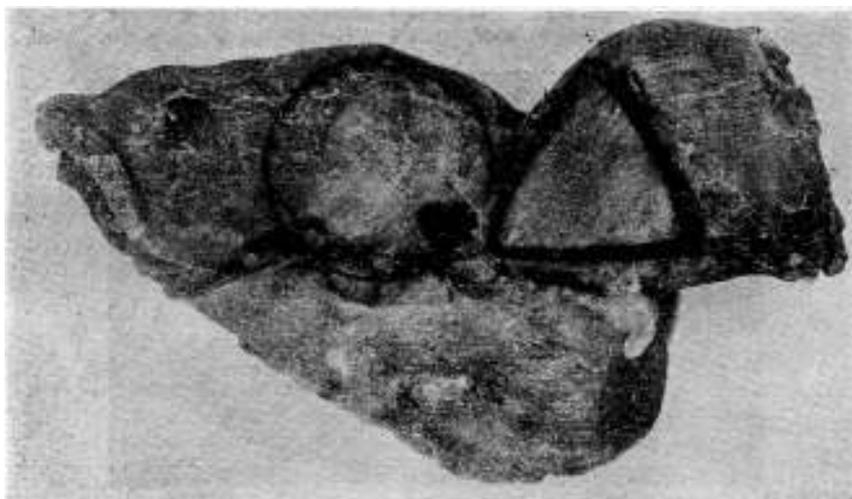


FIG. 2. — R. B. de N. La pieza ha sido disociada por liberación de las adherencias que están representadas en la figura por un círculo y un triángulo. El orificio en el círculo se produjo en la disección.

El Prof. Domínguez, ha estudiado la pieza operatoria y transcribimos a continuación su completo informe anatomo-patológico sobre el caso

Enferma: Sra. R. R. de N.

Biopsia o pieza operatoria: Sección de intestino.

Médico remitente: Dr. D. Prat.

Examen anatomo-patológico.

Fecha: Julio 25 de 1938.

Pieza operatoria: El ansa intestinal presenta dos cabos, uno de 3,2 centms., otra de 8.3 centms. sus diámetros en las bocas quirúrgicas son respectivamente: 2,8 centms. y 2,5 centms.

Exteriormente presenta 3 alteraciones importantes: una estrechez irregular, una dilatación sacular del cabo mayor y una fuerte adherencia seroserosa.

En la fotografía N° 1 se pueden apreciar las dos primeras alteraciones y en la foto N° 2 las zonas de adherencias limitadas por el trián-

gulo y el círculo. El orificio que se ve en la zona del círculo se produjo involuntariamente al practicar la disección. En la foto N° 2 (ligeramente aumentada) se ve más claramente la forma sacular de dilatación (cabo superior del ansa).

La pieza se secciona de manera de poner de relieve en forma concluyente el orificio de la estrechez y la causa de la estrechez. En la foto N° 3 se ven ambas cosas: cifra 1, el orificio; cifra 2 masa neoplásica vegetante, con ulceraciones múltiples que avanza en punta roma hacia el orificio y que desde su base irrumpe circularmente provocando el cierre gradual de

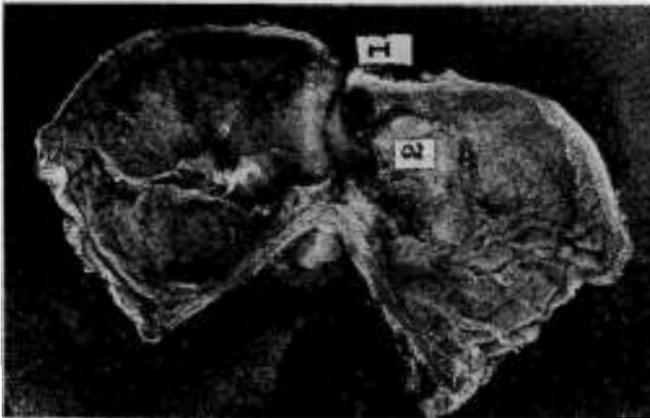


FIG. 3. — La pieza abierta longitudinalmente se ve la estructura interna de la lesión. 1, orificio; 2, masa neoplásica vegetante.

la luz del intestino. El orificio de estrechez tiene un diámetro de 7 milímetros, es elástico.

El contenido del segmento intestinal es muco-hemorrágico.

Histología microscópica. — Se secciona el tumor saliente de la luz intestinal de la cifra 2 y el fragmento obtenido da al microscopio un epiteloma cilíndrico-glanduliforme en nódulos que penetran en diversos campos en la submucosa y el plano muscular. En este último se transforma el tipo anatómico mencionado en un epiteloma de colonias de células neoplásicas que invaden densamente hasta la proximidad de la serosa.

Superficialmente el tumor se necrosa y se hace hemorrágico.

Nota: Tratándose de un tumor maligno epitelial de intestino delgado, es necesario pensar que tiene gran importancia en nuestro medio, dado que casuísticamente es excepcional.

Consideraciones

El epiteloma del yeyuno es una afección rara del intestino delgado, pero el sarcoma es menos frecuente aun.

El carcinoma del intestino delgado representó en la Mayo Clínica, el 1 % de todos los casos de carcinoma del segmento gastro intestinal. La estadística establecida por Rinkin y Ch. Mayo, durante 10 años en esta misma Clínica, reunió 55 casos, de los cuales 15 eran del duodeno, 21 del yeyuno, 14 del ileon, 3 casos con localizaciones múltiples y 2 indeterminados.

Cartér acepta la proporción del 1 % y Nothnagel en 1.100 casos de carcinoma intestinal, encuentra el 2 ½ % del delgado.

El epiteloma del yeyuno es una lesión que aparece generalmente entre los 50 y 60 años y el promedio de edad es a los 47 ½ años. Han sido más frecuentes los casos en el hombre que en la mujer. Las modalidades más corrientes del carcinoma del delgado son la forma estenosante, ulcerativa infiltrante, poliposa o fungoide y los tipos histológicos más comunes son el adeno carcinoma, el esquirro y coloidea, siendo el adeno carcinoma el más frecuente.

Su localización tiene preferente ubicación en las primeras porciones del yeyuno, cerca del ángulo de Treitz; en nuestro caso distaba un metro y medio de este ángulo.

Los síntomas del carcinoma del yeyuno están caracterizados por molestias y dolores del abdomen, que cuando existe estenosis por el tumor, pueden presentarse como verdaderos cólicos intestinales dando un síndrome oclusivo. La constipación alternada a veces por crisis diarreicas, suele constituir una manifestación frecuente de este carcinoma; pero un signo muy llamativo y destacado lo constituye la frecuente enterorragia visible u oculta, con su consecuencia inmediata de la anemia, que en ciertos casos puede llegar a constituir el síntoma culminante. El síndrome de oclusión manifestado por dolores paroxísticos o cólicos intestinales o crisis de retención gaseosa intestinal, suele manifestarse con cierta frecuencia en el carcinoma yeyunal, sobre todo, por la tendencia que tiene el tumor a realizar la estenosis de la luz intestinal o a provocar verdaderas invaginaciones éntero ileales, por la acción invaginante del tumor.

El diagnóstico del epiteloma del yeyuno suele ser bastante

difícil, sobre todo si se pretende realizar un diagnóstico incipiente y oportuno, como debe ser si se quiere tener éxito en la terapéutica. Los síntomas funcionales en el período inicial y aun de estado, no tienen suficiente significación como para establecer el diagnóstico preciso de tumor maligno del delgado lo que indicaría una solución terapéutica inmediata. La enterorragia abundante o copiosa puede constituir una orientación diagnóstica fundamental, como ocurrió en nuestro caso, sobre todo cuando se ha descartado su origen gástrico y duodenal. Sin embargo, es sabido que lesiones benignas como el papiloma, el angioma y todo proceso vascular de la mucosa entérica, pueden dar lugar a las enterorragias aunque no de tanta persistencia y repercusión sobre el estado general. Hay que tener bien presente que el carcinoma del delgado suele y puede tener a veces una evolución completamente latente, hasta tanto no provoque complicaciones mecánicas o de otro orden, hasta la perforativa intestinal que ha sido observada también, aunque ella es muy poco frecuente.

Como se comprende el examen radiológico constituye la exploración y la investigación semiológica fundamental para el diagnóstico, pues nos permitirá descartar una lesión gástrica o duodenal, permitiéndonos establecer la localización topográfica de la lesión en el delgado. Entonces, el examen radiológico del *tránsito del delgado*, constituye uno de los elementos semiológicos fundamentales para reconocer y localizar la lesión, sobre todo cuando existe una *estenosis más o menos marcada* del delgado y se produce la retención de la sustancia opaca. Desgraciadamente esto no es corriente, pues aunque exista estenosis entérica, la barita líquida pasa sin permitir reconocer a menudo la lesión, como ocurrió en nuestro caso, que a pesar de existir una estenosis, el examen radiológico no nos proporcionó ningún dato positivo. Este examen radiológico, debe ser realizado con todo cuidado por el especialista en *estrecha colaboración con el cirujano* y me permito insistir en que los radiólogos deben perfeccionar la técnica *del examen del tránsito intestinal* tanto del delgado como del intestino grueso, pues a menudo esta exploración por vía oral, no nos da resultados positivos, a pesar de existir lesiones avanzadas.

Es posible que esta exploración radiológica del yeyuno, rea-

lizada en colaboración con la sonda de Miller Abbott, pueda darnos resultados más concretos y eficaces.

La entorragia comprobada clínicamente o la oculta, reconocida por la Weber o la Meyer, constituyen importantes elementos semiológicos para plantear la existencia de una lesión ulcerativa cancerosa, y representa un signo fundamental para realizar con insistencia la pesquisa del cáncer intestinal.

La anemia acompañando a otros síntomas o sola y aislada, como síntoma único, constituye también un elemento semiológico fundamental para investigar a conciencia, la posibilidad de una lesión cancerosa en un paciente de edad, otro elemento muy significativo y de gran valor. La repercusión de la afección sobre el estado general será otro factor de gran significación del cáncer; pero si queremos llegar oportunamente y a tiempo, no debemos esperar a diagnosticar y a tratar las lesiones cancerosas cuando las defensas orgánicas del paciente se han derrumbado y no existe ya posibilidad de salvarlo.

Como vemos el diagnóstico al firme y seguro del carcinoma del yeyuno no es fácil y a menudo provoca esta investigación, la perplejidad en el clínico, como ocurrió en nuestro caso y entonces hay que admitir la gran conveniencia de realizar y hasta *prodigar la celiotomía exploradora*, en estos casos dudosos, que a veces, es desechada por el paciente como ocurrió en nuestro caso, lo que retardó varios meses el acto operatorio.

El tratamiento de elección es la resección amplia de la lesión, con una extirpación extensa del mesenterio, si está invadido por ganglios y reconstituyendo la circulación intestinal con una anastomosis término terminal, que es la de elección. En nuestro caso, realizamos una anastomosis látero lateral, practicada con la ayuda de la pinza de Temoin y obtuvimos un éxito completo, puesto que la enferma parece haber curado radicalmente de su epiteloma del yeyuno, puesto que no ha tenido recidiva *intestinal* a los 8 años de operada. En cambio, nos ha comunicado nuestro colega Zavalla que esta paciente presentó algo después de los 7 años de operada, un epiteloma del cuello uterino, confirmado histológicamente y tratado por radioterapia profunda.

Es otra característica interesante de este caso.

Para terminar diremos que el Dr. Rodríguez Estevan en el

“Libro de Oro al Prof. A. Lamas” publicó una comunicación sobre “Tumores malignos del intestino delgado”, con tres observaciones de epiteloma del delgado; una del propio Dr. Rodríguez Estevan, pero debida a una metástasis secundaria; otra del Dr. Albo y la última, del Dr. Nin y Silva.

También el Dr. P. de Pena publicó en nuestro país, un caso de epiteloma del delgado en el niño.

