

# RETICULO SARCOMA ALTO DE YEYUNO CON CUADRO SUB-OCCLUSIVO Y OCLUSIVO DIGESTIVO ALTOS, SIMULANDO UN SINDROME PILORICO

Dres. José Nande Aramburu y Jorge Labrot

Con la colaboración anatómo-patológica del Dr. Aguiar

J. A. de S., de la Clínica privada, 64 años, uruguayo, casado.

**Anamnesis. — Motivo de consulta:** Síndrome dispéptico con sensación de distensión epigástrica post-prandial, dolor de región celiaca e intercostal izquierda, acompañado de pereza digestiva, constipación marcada, adelgazamiento, inapetencia, estado nauseoso y vómitos de alimentos.

Antecede un cuadro catarral respiratorio en el mes de enero de 1954, rebelde a las terapéuticas habituales, por lo que consulta al Prof. Julio C. García Otero; ordena el Dr. García Otero, un estudio radiográfico de estómago, duodeno e intestino, por ingestión y por enema.

Informe del Dr. Zerboni: El medio de contraste penetra sin dificultad y llena la cavidad gástrica en modo uniforme, siendo sus contornos y pliegues normales. El píloro está bien centrado en el eje antro bulbar.

El duodeno presenta un bulbo alargado, deformado, existiendo en varios de los negativos obtenidos, escotaduras permanentes y una imagen de pliegues dispuestos en forma radiada, muy sospechoso de corresponder a un nicho.

El tránsito de la comida opaca por el intestino, no muestra retenciones anormales en las asas delgadas. Los segmentos cólicos aparecen con discreto espasmo. El régimen dietético y la medicación antiácida, algo le mejora, pero no le desaparece la distensión epigástrica y el dolor del dorso, que a la enferma preocupa, temiendo una lesión neoplásica cutánea, pues presenta un nevus pigmentado del dorso.

Es examinada por el Dr. Nande Aramburu, el día 4 de mayo.

**Examen clínico. —** Enferma adelgazada, discretamente pálida, lengua saburral, abdomen distendido en la parte alta (hemivientre superior: celiaco e hipocondrio izquierdo) poco dolor a la movilización, timpano con basuqueo gástrico marcado. Sonoridad de Traube o epigástrica, que

asciende mucho y cubre en parte la macidez hepática y cardíaca. Resto del examen y regiones lumbares libres.

**Antecedentes.** — En 1953 síndrome dispéptico gastro hepático que mejora con medicación antiácida. En el mes de junio eritema polimorfo de extremidades inferiores. En diciembre de 1953 catarro bronquial con tos persistente.

**Antecedentes familiares.** Esposo sano y 4 hijos sanos. Menopáusica desde hace 10 años.

**Resumiendo.** — El examen clínico se interpreta como síndrome pilórico u oclusión alta de delgado.

El 5 y 6 de mayo estudio radiológico gastro duodeno yeyunal. Estómago alargado, grande, comprimido en su gruesa tuberosidad por un asa yeyunal distendida y con nivel hidroaélica; diafragma izquierdo elevado a la altura del derecho. Pasaje yeyunal en parte disminuida su luz en las primeras asas. Se le indican antiespasmódico, hielo, régimen dietético, medicación antiácida y evacuación intestinal diaria; mejora el cuadro oclusivo pero persiste el sub-oclusivo; pero no lo suficiente. Continúa el síndrome de distensión epigástrica y basuqueo por lo que solicitamos al Dr. Eugenio Zerboni un nuevo estudio radiológico que se realiza el 26 de mayo y que confirma una distensión yeyunal en las primeras asas.

El estudio radiográfico practicado por el Dr. Zerboni da el siguiente resultado: Existe una marcada distensión de un asa delgada, que se proyecta en el epigastrio, elevándose hasta cerca del hemi-diafragma izquierdo.

El estudio contrastado, muestra al estómago de forma alargada, sin alteraciones de su funcionalidad y sin modificaciones en las curvaturas.

En el estudio del tránsito por el delgado, aparece una marcada dilatación de las primeras asas yeyunales, siendo una de ellas, la que está situada en el epigastrio.

Del examen clínico y del estudio radiológico hecho por nosotros y el Dr. Zerboni, se deduce que hay un obstáculo en las primeras asas yeyunales, que interpretamos como hernia interna, compresión, etc., pero que la observación clínica diaria, nos indica la agravación de la enferma y la obligación de la laparatomía exploradora.

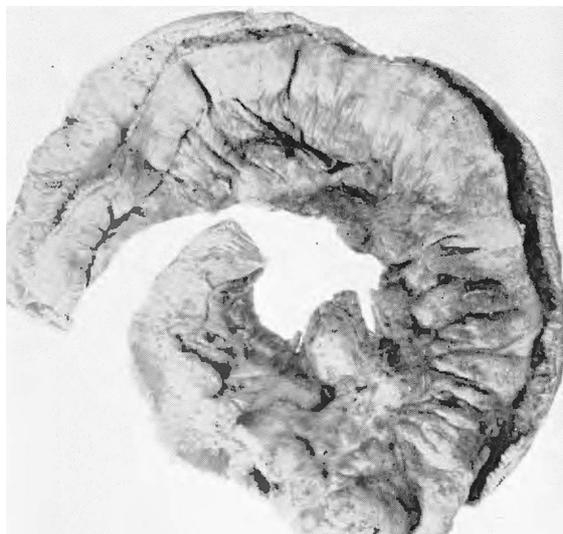
Previa preparación de su estómago y de la luz intestinal, habiendo realizado los exámenes de laboratorio correspondientes, realizamos el acto quirúrgico.

Operan: Dres. Nande, Labrot, Pte. Anestesia general: Br. José A. Villar.

Coliotomía mediana supraumbilical, exploración. Comprobamos la existencia de enorme distensión en las primeras asas yeyunales, cuyo diámetro era de 5 cms. que comprimía la gruesa tuberosidad gástrica levantando el mesocolon transverso en su sector izquierdo asa distendida por un obstáculo orgánico, proceso neo formativo yeyunal, invadiendo el mesenterio correspondiente con infiltración difusa del mismo, de los linfáticos y gruesos ganglios. Interpretamos como tumor maligno, tipo sar-

coma y resolveremos hacer la exéresis del segmento comprometido con su meso y anastómosis, yeyuno-yeyunal, látero-lateral; empleamos lino y gaster-gut.

El resto de la exploración quirúrgica: hígado, cadenas linfáticas vecinas s/p. En pelvis dos gruesas masas redondeadas de 2 ½ a 3 ctms. de diámetro que interpretamos como tumores o tumefacciones anexiales. Cierre de la pared por planos. Evolución favorable. Tránsito regularizado a las 56 hs. Alta al 5º día. El estudio histológico y comentario hechos por el Dr. Aguiar: Pieza de resección intestinal de 70 ctms. de longitud, con mesenterio correspondiente, incindiendo longitudinalmente. (Fig. 1). Hacia



6 5 11 11 12 14

Figura

uno de los extremos (el distal de acuerdo con la orientación quirúrgica) se observa un engrosamiento parietal y mesentérico difuso, que reduce notablemente la luz del intestino. Las paredes miden en partes más de 1 cm. de espesor. Este engrosamiento se continúa en el mesenterio, a nivel del cual se observan algunas deformaciones nodulares, irregulares que le dan un aspecto abollonado. (Fig. 2). En su conjunto toda esta zona, mide unos 20 ctms. continuándose gradualmente, sin límite neto, con intestino y mesenterio de apariencia normales. Tiene el aspecto de una masa tumoral intestino-mesentérica, infiltrante, difusa.

Al corte, el aspecto es homogéneo, de color blanco-grisáceo, sin estructura alguna, sin focos de hemorragia, y de consistencia elástica y firme.

No se reconocen ganglios en el mesenterio, y ellos forman en block único difuso con todo el tumor.

La luz del intestino está muy reducida, estenosada, y ulcerada en una extensión de unos 8 cms. (Fig. 3).

En el resto de la pieza el intestino proximal (por encima de la lesión) aparece dilatado, sin otras lesiones. Histológicamente, en los distintos fragmentos examinados se trata de un tumor infiltrante, difuso.



Figura 2



Figura 3

formado por células medianas y pequeñas, sueltas, con citoplasma en general pobre, más abundante en otras, poliédricas o redondeadas, con núcleo neto, muy atípicas.

Se trata en suma, de un tumor conjuntivo embrionario, indiferenciado, con los caracteres histológicos celulares de un **Reticulo sarcoma**,

con zonas más diferenciadas, más evolucionada del tipo del **Linfosarcoma**. Esto nos indica la necesidad de inmediata radioterapia; la realiza el Dr. Luis A. Vazques Piera y llega a una dosis total de 4.000 R.

**Agosto 27 de 1954.** — Estudio radiológico de intestino delgado.

Informa el Dr. R. Francois. — Evacuación gástrica inicial y tardía efectuándose en forma normal. Tránsito del intestino delgado, realizándose en forma acelerada, sin ponerse de manifiesto alteraciones de su morfología o su topografía.

Las asas delgadas están libres a la palpación bajo pantalla. A los 50' de ingerida la comida baritada llega la columna opaca al transverso.

**En resumen:** No se observan signos de neto valor patológico.

La evolución clínica es excelente hasta el momento actual, sin metástasis clínica, cicatriz operatoria, palpación del vientre y examen genital s p. Aumentó 12 kilos de peso, apetito muy bueno, tolera todos los alimentos, tránsito normal.

**Agosto 27 de 1954.** — Hemograma y reacciones de laboratorio, normales.

**Diciembre 10 de 1954.** Radioscopia tórax, esófago, gastro duodeno y asas yeyunales s p.

#### CONSIDERACIONES CLINICAS

1°) El cuadro de oclusión alta simulando un síndrome pilórico era evidente.

2°) La radiología colabora pero no decide el momento quirúrgico.

3°) Es la observación cuidadosa del cuadro funcional y el estado general los que inclinan a proceder a la exploración operatoria.

4°) En el acto operatorio la exploración completa, decide lo que se debe hacer.

5°) El tumor yeyunal evidente nos hizo pensar en un sarcoma del mismo (retículo-sarcoma) por la infiltración marcada del mesenterio.

6°) Conveniencia de la aspiración del asa proximal, para poder continuar el acto de exéresis y anastómosis en un ambiente lo más limpio posible.

7°) A pesar de la exéresis alta de yeyuno vecino al ángulo el resultado favorable.

8<sup>o</sup>) La rareza de este tipo de tumores de acuerdo con el informe histológico y la malignidad del mismo, que con la colaboración radioterápica, por el momento está yugulado.

#### RESUMEN

Reticulo sarcoma de yeyuno, con cuadro oclusivo, exéresis quirúrgica, radioterapia post-operatoria resultado hasta el presente (6 meses) favorable.

## OCCLUSION INTESINAL DELGADA POR INVAGINACION ILEO-ILEAL

**Dr. José Nande Aramburu**

Con la colaboración anatómo-patológica del Dr. Aguiar

J. A. T. S., de 22 años, soltero. Anamnesis familiar y personal s p.

Enfermo de 22 años, sin ningún antecedente de importancia que un mes antes de su ingreso en el Hospital tiene bruscamente dolor de cabeza fronto-temporal izquierda; mareos y después de algunos minutos (15'), pérdida de conocimiento, permaneciendo en coma 7 días. En ese momento P. L. normal. Luego, se comprueba hemiplejía derecha, parálisis facial del tipo central y afasia. En el primer momento, fondo de ojo normal, parece haberse encontrado un edema de papila en el curso de su evolución. Retrocesión rápida de la hemiplejía.

**Examen actual:** 1) Afasia predominante a la comprensión. 2) Fondo de ojo normal: agudeza visual, parece haber disminuido visión de cerca en ojo izquierdo. 3) Parálisis facial de tipo central. 4) Síntomas piramidales a derecha: reflejos más vivos, alguna disminución de fuerza, cutáneo abdominal más débiles.

**12/X/54.** Ha evolucionado muy bien, su afasia ha mejorado casi totalmente. Persiste algún discreto error siempre corregido en la terminación en algunos aspectos.

**15/X/54.** — Arteriografía carotídea izquierda. Se rellena bien carótida interna y sus ramas. Después de la arteriografía, la afasia se intensifica. No puede decir su nombre ni nombrar la mano. Se hace infiltración de ganglio estelar.

**16/X/54.** Mejoró de su trastorno post-arteriográfico.

**17/X/54.** — Se queja de dolor en epigastrio sin irradiaciones, sin vómito, sin fiebre. Se indica paratropina y bolsa de hielo.