

Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto"

TUMOR DE INTESTINO DELGADO PERFORADO. DIAGNÓSTICO POR LAPAROSCOPIA DE URGENCIA

Dr. Rolando Martínez López,¹ Dr. Osvaldo Díaz Canel,¹ My. Julián Ruiz Torres,² Tte. Cor. Raúl A. Brizuela Quintanilla,³ Dr. Hermidio Hernández Mulet⁴ y Dr. Roberto Pérez Menéndez⁴

RESUMEN

Se presenta un paciente del sexo masculino y joven con historia de dolor abdominal de tipo cólico, de 2 meses de evolución, que hace agudización de los síntomas con clínica de un abdomen agudo. Se indica laparoscopia de urgencia y se diagnostica una peritonitis purulenta a punto de partida de un tumor de intestino delgado perforado. Se realizó laparotomía y resección de la lesión con criterio oncológico. Se comprobó en el estudio histológico que se trataba de un adenocarcinoma bien diferenciado, mucoproducción y ulcerado que infiltraba hasta la serosa, situado a nivel del íleon proximal. La evolución fue satisfactoria.

Descriptores DeCS: NEOPLASMAS DEL ILEON/diagnóstico; ADENOCARCINOMA//diagnóstico; PERFORACION INTESTINAL/diagnóstico; LAPAROSCOPIA.

Los tumores de intestino delgado constituyen una afección poco frecuente y representan entre el 5 y 10 % de las neoplasias del tubo digestivo; los malignos constituyen alrededor del 1 %. Los adenocarcinomas y carcinoides son los de mayor incidencia y aparecen en muchos casos asociados con enteritis regional, síndromes de poliposis hereditaria, enfermedad celiaca y estados de inmunodeficiencia seguidos por linfomas y sarcomas.¹⁻³

En series publicadas, se informa mayor frecuencia entre los 50 y 60 años de edad, localización en duodeno distal y yeyuno proximal. Dado su rareza y lo inespecífico de los síntomas son diagnosticados generalmente cuando la enfermedad se encuentra en estadio avanzado, con invasión al mesenterio, órganos vecinos e incluso metástasis a distancia y resulta frecuente el comienzo con alguna de sus complicaciones.⁴

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Gastroenterología

² Especialista de II Grado en Gastroenterología. Investigador Auxiliar.

³ Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Gastroenterología. Profesor e Investigador Auxiliar.

⁴ Especialista de II Grado en Gastroenterología.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 30 años de edad, con antecedentes de salud, que en los 2 meses previos a su ingreso aqueja molestias dolorosas difusas en el abdomen asociadas con malestar general y astenia. Acude al cuerpo de guardia por exacerbación del dolor que se localizó en hipogastrio, febrícula y toma del estado general. Al examen físico se constata abdomen doloroso a la palpación en hemi-abdomen inferior con signos de irritación peritoneal.

Análítica de urgencia: hemoglobina 13,0 g %, hematócrito 0,42 vol %, leucocitos $11,5 \times 10^9/L$, segmentados 79, eosinófilos 0,2, monocitos 0,2, linfocitos 17, cituria normal. Se indica laparoscopia de urgencia que concluye como peritonitis purulenta por proceso tumoral de asa delgada perforado. En laparotomía exploradora se constata tumor de íleon proximal de 5 y 6 cm de diámetro con área abscedada y perforada, se realiza resección de este con anastomosis término-terminal. La biopsia de la pieza informa adenocarcinoma bien diferenciado mucoproducente y ulcerado, que infiltra hasta la serosa, no metástasis en ganglios resecados, bordes de sección libres de tumor. Evolución satisfactoria en el posoperatorio inmediato y tardío.

COMENTARIOS

En los tumores de yeyuno e íleon el síntoma principal es el dolor progresivo de tipo cólico, asociado con náuseas, distensión abdominal y dilatación de asas con peristaltismo visible, muchas veces interpretado en sus inicios como un parasitismo intestinal o cualquier otra afección intercurrente. En otras ocasiones se ins-

tala de forma súbita un cuadro hemorrágico, oclusivo o perforativo por necrosis o ulceración del tumor.^{1,3,5,6}

El diagnóstico se realiza por la sospecha clínica y estudios contrastados; el ultrasonido y la tomografía axial computadorizada (TAC) no son específicos aunque pueden diagnosticar engrosamiento de asas; la detección de sangre oculta en heces fecales y los estudios angiográficos y endoscópicos ayudan a precisarlo. En la literatura consultada no se encontró referencias de tumores de intestino delgado perforado diagnosticados por laparoscopia.^{2,7}

La laparoscopia o laparotomía exploradora, o ambas, en los pacientes en que se sospechan complicaciones ayudan a esclarecer el diagnóstico y a tomar una conducta terapéutica con criterio oncológico como ocurrió en este paciente. La laparoscopia indicada aportó un valioso dato al precisar la causa del dolor (peritonitis purulenta secundaria a una lesión de asa delgada, de aproximadamente 6 cm de color blanco-nacarada con zona central de color grisáceo y vasos de neoformación), y se concluye el diagnóstico laparoscópico como un tumor de intestino delgado perforado, lo que permitió al cirujano enfrentarse al caso con un diagnóstico preciso.

Se logró reseccionar la lesión tumoral mediante anastomosis término-terminal del intestino y el informe anatomopatológico diagnosticó un adenocarcinoma bien diferenciado con bordes de sección libres de tumor y ganglios no metastásicos. Después de recibir quimioterapia, el paciente a los 2 años de operado se encuentra asintomático e incorporado a sus labores habituales.

SUMMARY

This paper presents a young male patient with a history of colic abdominal pain for two months and symptoms became more acute, with clinical diagnosis of acute abdomen. Emergency laparoscopy was indicated which showed at first purulent peritonitis and then a perforated small intestinal tumor was finally diagnosed. Laparotomy and resection of the lesion with malignant criterion were carried out. The histological study proved that it was a well-differentiated, mucoproducer and ulcerated adenocarcinoma that drained into serosa and was located in the proximal ileum. Recovery was satisfactory

Subject headings: ILEAL NEOPLASMS/diagnosis; ADENOCARCINOMA/diagnosis; INTESTINAL PERFORATION/diagnosis; LAPAROSCOPY.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Toledo Ornellas A, Atalla A, Meirelles de Souza AF, Duarte Gaburri P. Tumores. En: Dani R, Paula Castro L de. Gastroenterología clínica. 3 ed. Río de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993; vol. 1:821-32.
2. Zollei I, Balogh A. About the primary malignant tumors of small bowel. Acta Chir Hung 1997;36(1-4):406-8.
3. Mitchell KJ, Williams ES, Leffall LD. Primary malignant small bowel tumors: an atypical abdominal emergency. J Natl Med Assoc 1995;87(4):276-9.
4. Goonetilleke G. Primary malignant neoplasms of the small intestine. Ceylon Med J 1995;40(2):84-5.
5. Donohue JH. Malignant tumours of the small bowel. Surg Oncol 1994;3(2):61-8.
6. Klinvimol T, Ho YH, Parry BR, Goh HS. Small bowel causes of per rectum haemorrhage. Ann Acad Med Singapore 1994;23(6):866-8.
7. Forzano F, Longo A, Barra M, Curone PF, Blanco GF. Primary malignant tumors of the small intestine: the diagnostic and therapeutic considerations. G Chir 1994;15(5):223-8.

Recibido: 22 de mayo del 2000. Aprobado: 24 de junio del 2000.

Dr. *Rolando Martínez López*. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto", Habana del Este, CP 11700, Ciudad de La Habana, Cuba.