

◆ IMAGEN DEL NÚMERO

Solución del caso: obstrucción duodenoyeyunal

Viene de la página 96

El paciente fue intervenido con diagnóstico de abdomen agudo sub-oclusivo con la sospecha de tumor de yeyuno, debido a las características clínicas del caso y a las imágenes radiológicas y tomográficas. Se realizó laparotomía exploradora hallándose un tumor estenosante de la segunda asa yeyunal, que provocaba una importante dilatación del duodeno y primera asa yeyunal, observados en las Figuras 1 y 2. La anatomía patológica informó adenocarcinoma bien diferenciado que invade hasta serosa, (Figura 3) con 7 adenopatías negativas, y márgenes de resección libres de infiltración tumoral, sin permeación vascular ni linfática.

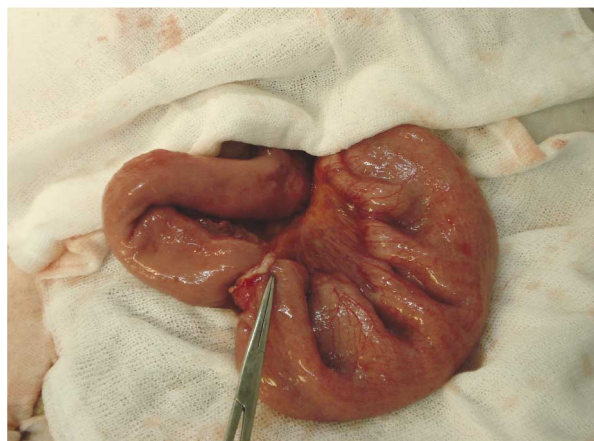


Figura 3.

El paciente presentó buena evolución, otorgándose el alta al 7^{mo} día de la intervención. A la fecha se halla en control por el servicio de cirugía y oncología.

Los tumores primitivos del intestino delgado constituyen del 1 al 2% de todos los tumores malignos del tracto gastrointestinal.¹ Martín refiere que los tres metros de mucosa del yeyuno-íleon representan el 60% de la mucosa del tracto GI, pero en un *review* sobre 11.000 tumores GI Primarios, solo el 2,4% fueron del intestino delgado, ocupando el 70,3% el colon, 16,4% el estómago y 10,8% el esófago.^{2,3}

La etiología tumoral se estima en 40% adenocarcinomas, 40% carcinoides, 15% sarcomas (GIST incluidos) y menos del 5% linfomas.³ Solo algunos trabajos chinos revelan que el tumor yeyuno-ileal más frecuente son los GIST tanto benignos como malignos.⁴ Según la localización del tumor el órgano más afectado es el duodeno 60%, yeyuno 20% y menos del 15% íleon.

Los síntomas clínicos más frecuentes son el dolor abdominal,

vómitos alimentarios o biliosos, pérdida de peso, diarreas con hematoquesia, mal estado general, acompañados de anemia, masa palpable, oclusión intestinal o hemorragia intestinal.^{1-3,5}

El diagnóstico es muy dificultoso al inicio de la enfermedad, es más fácil cuando se obstruye la totalidad de la luz intestinal o se presenta con hemorragia. Un 50% de los pacientes son diagnosticados en el transcurso de una laparotomía exploradora.⁵

La seriada gastrointestinal y la TAC junto con la clínica conforman la tríada elemental diagnóstica. Sin dudas que la VEDA es de suma utilidad para descartar la patología gástrica y periampular. La fibroendoscopia flexible para las primeras asas yeyunales es muy útil, al igual que la videocápsula, pero es una metodología costosa, no pueden acceder todos los pacientes y tiene como complicación que suele quedar atrapada en el sitio de la estenosis, debiendo realizarse una laparotomía exploradora de urgencia.⁴

El tratamiento ideal es la resección intestinal con buen margen de seguridad y resección del meso hasta la base para realizar una buena linfadenectomía. Cuando afecta el duodeno pocos pacientes pueden beneficiarse con una resección local y deben tratarse con una duodenopancreatectomía céfalica (DPC). Un 30% de los pacientes al momento del diagnóstico presentan metástasis hepáticas o implantes peritoneales, éstos se beneficiarían con una laparoscopia diagnóstica previa.

La sobrevida acumulada según diferentes reportes a 5 años es del 37% para los adenocarcinomas, 64% para los carcinoides, 29% para linfomas y 22% para los sarcomas.^{5,6} Nuestro paciente se halla libre de enfermedad a los 18 meses de la intervención.

El motivo de este reporte es la imagen característica en doble nivel observada en la RX de abdomen y la presencia de un tumor poco frecuente como es un adenocarcinoma de yeyuno.

Referencias

1. Howe J, Karnell L, Menck H, Scott-Conner C. Adenocarcinoma of the Small Bowel. *Cancer* 1999;86:2693-2706.
2. Martín R G. Malignant tumors of the small intestine. *Surg Clin North Am* 1986;66:779-785.
3. Wu T, Yeh C, Chao T, et al. Prognosis factors of primary bowell adenocarcinoma: Univariate and multivariate analysis. *World J Surg* 2006; 30:391-398.
4. Yang Y, Huang Q, Wang W, Sun G, Peng L. Primary jejunoileal neoplasmas: a review of 60 cases. *World J Gastroenterol* 2003;9:862-864.
5. Talamonti M, Goetz L, Rao S, Joehl R. Primary Cancer of the Small Bowel. Analysis of prognostic factors and results of surgical management. *Arch Surg* 2002;137:564-571.
6. Mehta M, Porecha M, Mehta P. Small intestinal adenocarcinoma in Peutz-Jeghers syndrome. *Indian J Gastroenterol* 2006;25:38-39.