

Tumores del Intestino Delgado

Dra. Carolina de la Fuente S¹. Prof. Dr. Humberto Flisfisch F².

1.- Introducción

Las neoplasias del intestino delgado son una patología poco frecuente, correspondiendo sólo al 5% de todos los tumores del tracto gastrointestinal, y en el caso de las neoplásicas malignas, solamente al 1-2 % (1). En los últimos años la incidencia de estos tumores ha presentado un discreto aumento, pese a seguir siendo extremadamente raros.

En estudios efectuados en varias series de autopsias, estos tumores se encuentran con mayor frecuencia.

La edad promedio de presentación es de 59 años, siendo un poco más temprana en las neoplasias malignas. No presentan diferencias significativas por sexo.

La variedad histológica de estos tumores es amplia, así como las formas de presentación clínica y el comportamiento que muestran. Entre tumores benignos encontramos adenomas, leiomiomas, lipomas, hamartomas y hemangiomas. De estos, leiomiomas (o TEGI – tumores del estroma gastrointestinal) y adenomas son los más frecuentes.

Por otra parte entre las neoplasias malignas se reconocen cuatro variedades histológicas principales: Adenocarcinomas (30-50%), Carcinoide (25-30%), Linfoma (15-20%) y Tegi (2).

La gran mayoría de estos tumores malignizados se originan en el duodeno (55,2%) (3), seguido de yeyuno y luego ileon. El adenocarcinoma tiene ubicación preferente en el duodeno, mientras que las otras variedades son de predominio más distal.

2.- Factores de riesgo y patogenia

Los tumores de intestino delgado pueden presentarse en forma esporádica o en el contexto de síndromes genéticos o enfermedades inflamatorias intestinales. De esta forma se han descrito asociación con Poliposis Adenomatosa Familiar, Peutz-Jeghers,

¹ Médico Cirujano, Escuela de Medicina Universidad de Chile. Campus Sur.

² Prof. Director Departamento de Cirugía Sur. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.☐

cáncer colorrectal hereditario no poliposo, así como con la Enfermedad de Crohn y la Enfermedad Celíaca. La presencia de alguna de estas condiciones llega a aumentar el riesgo relativo de presentar neoplasias intestinales en más de 100 veces. Se ha descrito también con Asociación de algunos casos con Fibrosis Quística (2,3).

Otros factores de riesgo descritos incluyen hábitos alimentarios (consumo abundante de grasas, proteínas animales, alimentos ahumados, entre otros), tabaquismo, consumo de alcohol, la cirugía biliar (colecistectomía previa) algunas ocupaciones, y radioterapia previa, entre otras.

Llama la atención que si bien el intestino delgado representa más del 90% de la superficie mucosa gastrointestinal, con una alta tasa de recambio celular mucoso el desarrollo de neoplasias en este segmento sea tan poco frecuente. Se han postulado distintas hipótesis para explicar este hecho, tales como la influencia de un tránsito rápido del contenido luminal, y la tasa elevada de recambio celular que disminuirá la exposición celular a potenciales carcinógenos, la presencia de un pH alcalino, el bajo recuento bacteriano a este nivel, y la presencia de una bien desarrollada respuesta inmune mediada por Iga, entre otros. Sin embargo todas estas teorías son especulaciones, ya que ninguna ha sido bien estudiada.

Pese a que la genética molecular que explicaría el desarrollo de las neoplasias del intestino delgado, y en particular del adenocarcinoma, no está tan estudiada como lo que ocurre en el caso del cáncer de colon, existen ciertas similitudes entre ambos, y se ha descrito la presencia frecuente de mutaciones en el gen k-ras, entre otras.(4)

3.- Manifestaciones clínicas

Una parte importante de los pacientes con tumores del intestino delgado permanecen asintomáticos, y el diagnóstico se hace en forma casual. Los síntomas asociados a tumores benignos son en general vagos e inespecíficos, como dispepsia, anorexia, malestar general, y dolor abdominal. Pueden presentarse durante meses o años antes de que se haga el diagnóstico. Con menos frecuencia estos tumores pueden presentar obstrucción intestinal, en general secundaria a una invaginación, y en algunos casos sangrado digestivo, que suele ser oculto.

Por otra parte las neoplasias malignas producen síntomas en la gran mayoría de los casos, habitualmente dolor y baja de peso. Pueden presentar obstrucción intestinal que en este caso es debida a infiltración tumoral y adherencias, y hemorragia digestiva oculta o franca. Otras manifestaciones menos frecuentes son náuseas y vómitos, diarrea, ictericia o masa palpable. (5)

4.- Diagnóstico

El diagnóstico de los tumores de intestino delgado resulta difícil, de sospechar debido a su baja frecuencia; en general son asintomáticos o dan síntomas inespecíficos, y por su ubicación resulta difícil acceder a ellos. En el preoperatorio se establece un diagnóstico correcto en no más de la mitad de los casos.

La radiografía simple de abdomen puede resultar útil, particularmente ante la sospecha de obstrucción o perforación. Los estudios contrastados (tránsito baritado, enteroclisia, etc) permiten visualizar el lumen, sin embargo, su sensibilidad es baja (30 – 50%). La Tomografía axial computada puede mostrar alteraciones intestinales hasta en la mitad de los casos.

Los estudios endoscópicos están limitados. La endoscopia digestiva alta se restringe al duodeno, pero permite diagnosticar casi la totalidad de los tumores en esta ubicación. La colonoscopia permite visualizar y tomar biopsias del segmento de íleon terminal. La enteroscopia, en sus distintas versiones, es de más difícil ejecución y deja aún, un segmento del intestino delgado sin visualizar. En los últimos años se ha desarrollado la endocápsula, que se está utilizando en algunos países, pero aún no se ha demostrado su real eficacia. (6,7)

Otras herramientas diagnósticas son la resonancia magnética, la arteriografía y la ecoendoscopia.

5.- Tratamiento

En los tumores benignos el tratamiento quirúrgico está indicado siempre, ante la presencia de hemorragia u obstrucción, o por el riesgo de complicaciones posteriores y porque en general no se cuenta con un diagnóstico histológico preciso. Las lesiones pequeñas pueden ser resecaadas por vía endoscópica o por enterotomía. En lesiones más grandes se procede a resección segmentaria con anastomosis primaria.

Los tumores malignos requieren resecciones amplias, con margen libre proximal y distal mayor a 6 cms, asociado a disección de ganglios linfáticos regionales. En muchas ocasiones no es posible realizar una resección curativa, sin embargo la cirugía está indicada también en esos casos para evitar futuras complicaciones. La reconstrucción del tránsito debe adecuarse a la anatomía.

Si bien el tratamiento de los tumores de intestino delgado es esencialmente quirúrgico, en algunos casos puede ser de utilidad la terapia adyuvante con quimioterapia. Esta ha demostrado mayor utilidad en mejorar la sobrevida en pacientes con linfoma.

Los tumores malignos de intestino delgado tienen en general mal pronóstico, con una sobrevida global a 5 años variable de acuerdo al tipo histológico, pero que en ningún caso supera el 50% (2).

BIBLIOGRAFÍA

1. Evers, M. *Intestino delgado*. En Sabiston. Tratado de Cirugía. Elsevier 18ª ed, Barcelona, 2009. pags. 1309 -1318.
2. Galindo F. y Lencinas S. *Tumores de intestino delgado*. Cirugía digestiva, F. Galindo. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/dsesentayuno.pdf>
3. Karir R., Arber N. *Malignant tumors of the small intestine – new insight into a rare disease*. IMAJ. 2003;5:188–192. Disponible en: <http://www.ima.org.il/imag/ar03apr-08.pdf>.
4. Arber N, Neugut AI, Weinstein IB, et al. *Molecular genetics of small bowel cancer*. Cancer epidem biomarkers prev 1997; 6: 745-8.
5. Camacho J, Osorio S. *Patologías de intestino Delgado*. En Carvajal y Camacho (ed). Cirugía General,. Mediterráneo 2002. Capítulo 41, pag 292 – 296.

6. Trifan A, Singeap A, Cojocariu C, Sfarti C, Stanciu C. *Small bowel tumors in patients undergoing capsule endoscopy: a single center experience.* J. Gastrointestin liver dis 2010;19: 21 -25.
7. Gore R, Mehta U, Berlin J, Rao V and Newmark G. *Diagnosis and staging of small bowel tumors.* Cancer imaging 2006; 6: 209-212.