Neoplasias Malignas de Intestino Delgado: Estudio Retrospectivo de 1988 - 1997 Revisión Literatura

Dr. Juan Tanca Campuzano (*),
Dra. Mariana Vallejo Martínez (**).

Jefe del Servicio de Gastroenterología (*)
Médico Residente 3 de Medicina Interna (**)

ABSTRACTO

Este estudio da una figura global sobre la incidencia y/o prevalencia de las neoplasias malignas del intestino delgado en nuestro Instituto. Destaca los aspectos epidemiológicos, la forma de presentación clínica histológica de un estudio retrospectivo de 10 años (1988 - 1997) tomándose en cuenta 19 pacientes con estas neoplasias.

Es una revisión que pretende hacer una evaluación de los resultados obtenidos en el Instituto y establecer comparaciones con las estadísticas mundiales, de ésta manera mencionar recomendaciones para la prevención de dichas neoplasias.

Palabras Claves: Adenocarcinoma
RNT
INEC
Intestino Delgado

ABSTRACT

This study gives a global idea of the incidence and or prevalence of the malignancy of the small intestine in our Institute. It remarks the epidemiological aspects, the clinical and histological features of a ten years (1988 - 1997) retrospective overhaul including 19 patients with these neoplasms.

It is a review that tries to make an evaluation of the obtained outcomes in the Institute and makes comparisons between the world statistics, and this way makes recommendations for the prevention of these neoplasms.

Key Words: Adenocarcinoma
RNT
INEC
Small Intestine

Introducción

Las neoplasias del intestino delgado son raras, corresponden solo el 5 % de todas las neoplasias digestivas y únicamente el 2 % son de carácter maligno (1). El primer caso de neoplasia de intestino delgado fue reportado en 1746 correspondiendo a un carcinoma de duodeno. Más de un siglo después se publicó el primer caso de Leiomiosarcoma (2). Con el advenimiento de un instrumento diseñado por Shiner en 1956 capaz de tomar biopsia intestinal peroral, se ha llegado a la descripción de ciertos trastornos genéticos, tornándose estas tomas en un método importante de estudio del intestino delgado y que con seguridad nos dará la clave para el conocimiento de enfermedades gastrointestinales benignas o malignas hasta hoy poco conocidas. Hace más de 30 años se realizó la primera biopsia intestinal peroral en nuestra ciudad realizada por uno de nosotros con muy buenos resultados (3).

Solamente alrededor de 1200 nuevos casos de cáncer de intestino delgado por año se ha reportado en los Estados Unidos, la enfermedad afecta más comúnmente a varones que mujeres y más a la raza negra que a la blanca, encontrándose una incidencia de 1.2 x 100.000 en varones blancos y 0.8 x 100.000 en mujeres blancas. En

Correspondencia y Separatas
Dra. Mariana Vallejo Martínez
Servicio de Gastroenterología ION - SOLCA
Avda. Pedro Menéndez Gilbert
Ciudadela La Atarazana
P.O.Box: 5255 6 3623
Guayaquil - Ecuador
Teléfono 288-088 Fax: (5934)278-151

© Los derechos de autor de los artículos de la Revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA, Sede Nacional, Guayaquil - Ecuador

varones negros se observa una incidencia mayor a 1.6 x 100.000 y en mujeres negras 0.7 x 100.000 presentándose los tumores malignos en edad más temprana que los tumores benignos, 57 vs 62 años respectivamente (4).

El intestino delgado se caracteriza por ser resistente al crecimiento de tumores benignos o malignos en todas sus capas, habiéndose propuesto diversas teorías para explicar esta resistencia. En el intestino delgado hay un breve lapso de contacto entre los carcinógenos potenciales productos de degradación bacteriana, un sistema inmune local mediado por IgA bien desarrollado, un quimo licuado para disminuir el traumatismo mecánico y un pH alcalino que podrían actuar como factor protector frente a las neoplasias (2).

Es conocido que en las zonas de intestino delgado en que el contenido es ácido como en el duodeno hay una elevada incidencia de tumores. Así mismo se sabe que las nitrosamidas, que son unos potentes carcinógenos experimentales del aparato digestivo, se forman únicamente en zonas de ambiente ácido. Se ha considerado también el movimiento relativamente rápido del contenido del intestino delgado en comparación con el resto del tubo digestivo podría resultar protector al disminuir el tiempo de exposición a los potenciales agentes carcinógenos. Hoensch et al (5) y Wattenberg han sugerido que la Hidroxilasa Benzipireno (HB) una enzima metabolizante que podría destoxificar los carcinógenos, ésta se encuentra en cantidades incrementadas en intestino delgado (6). Por otro lado la HB es baja en el Sprue lo cual podría llevar a un riesgo más alto de cáncer (7).

La distribución total de tumores de intestino delgado es bastante pareja, en cuanto al tipo histológico los adenocarcinomas son las neoplasias malignas más comunes del intestino delgado y conforman cerca de la mitad de los tumores malignos de este órgano, los tumores carcinoides constituyen la siguiente estirpe de lesiones malignas del intestino delgado en cuanto a frecuencia. Entre los sarcomas, los leiomiosarcomas son los más comunes; los linfomas malignos, como lesiones primitivas son relativamente raros a pesar de que el intestino puede ser invadido por linfoma sistémico.

En el Departamento de Cirugía de Butterworth, E.E.U.U., se realizó un estudio para comparar las diferencias entre los tumores benignos y malignos del intestino delgado y entre los tumores sintomáticos y asintómaticos, su presentación clínica, eficacia de los procedimientos, diagnóstico y el manejo quirúrgico con la correlación de los hallazgos patológicos. 49 pacientes con tumores primarios de intestino delgado entre 1981 - 1993 tuvieron 17 tumores benignos y 32 malignos. Los tumores benignos presentaron hemorragia gastrointestinal 29% y fueron asintomáticos el 47%.

Los tumores malignos presentaron dolor abdominal 63% y pérdida de peso 38%. La endoscopía alta, la angiografía y los estudios gastrointestinales altos contrastados tuvieron un rango de sensibilidad significativo; el tratamiento quirúrgico de estos tumores incluyeron biopsia/excisión, resección intestinal limitada, resección segmentaria con linfadenectomía regional, o un bypass. Los tipos histológicos más comunes de tumores benignos y malignos fueron leiomioma 41% y adenocarcinoma en un 53% respectivamente (8).

Un estudio retrospectivo documentado en 1970 - 1992 evaluando 27 pacientes de edad avanzada (5ta. - 8ta década de la vida) quienes presentaron tumores malignos del intestino delgado, el tumor más frecuente localizado fue en el ileón 41% seguido por el yeyuno 30% y el duodeno 22%; el adenocarcinoma fue el diagnóstico histopatológico más frecuente, sólo 28% de eso tumores fueron limitados en la pared intestinal y 40 % tuvieron metástasis local o a otros órganos (9).

La Universidad de Pavia realizó igualmente una revisión desde 1974 - 1992 observándose 23 casos de tumores de intestino delgado en que los hallazgos histopatológicos, la presentación clínica, los aspectos diagnósticos y opciones terapéuticas son todavía discutidos; el rol primario en el tratamiento de estos cánceres es la cirugía, la cual puede ser curativa solo si el cáncer se diagnostica tempranamente (10 -12).

Clasificación de las Neoplasias del Intestino Delgado (2)

TEJIDO DE ORIGEN	BENIGNOS	MALIGNOS
Epitelio	Adenoma	Adenocarcinoma
Células Enterocromafines	-	Carcinoide
Tejido Conectivo	Fibroma	Fibrosarcoma
Tejido Vascular	Hemangioma	Angiosarcoma
	Linfangioma	-
Tejido Linfoideo	-	Linfoma
Músculo Liso	Leiomioma	Leiomiosarcoma
Nervio y Vainas Nerviosas	Neurofibroma	Neurofibrosarcoma
Tejido Graso	Lipoma	Liposarcoma
Otros	Síndrome Peutz-Jeghers	Lesiones Metastásica

Las condiciones premalignas para desarrollar neoplasias de intestino delgado están basados en la asociación con enfermedades entre los cuales tenemos la enfermedad inflamatoria del intestino, más comúnmente la colitis ulcerativa, la enfermedad de Crohn's, aunque esta enfermedad está asociada grandemente al cáncer de colon, sin embargo se la considera también como un factor de riesgo para desarrollar cáncer de intestino delgado; los segmentos que son anastomosados (bypass) con áreas contaminadas por trayectos fistulosos en la enfermedad de Crohn's pueden también actuar como factor de riesgo para la formación de adenocarcinomas (13 - 15).

El Hospital General de Distrito Macclesfield de los E.E.U.U. en 1996 describe 2 pacientes con enfermedad de Crohn's de larga data quienes presentaron obstrucción del intestino delgado y formación de estenosis, en ambos pacientes algunas de las estrecheces fueron infiltradas por adenocarcinoma de intestino delgado.

Otros síndromes como el de Peutz-Jeghers caracterizado por hamartomas a lo largo de todo el intestino delgado, el síndrome de poliposis gastrointestinal, Síndrome de Gardner's asociados no solo con adenomas del colon, sino también con enfermedad del intestino delgado y estómago; enfermedad celiaca y la neurofibromatosis son también consideradas condiciones premalignas (16 - 17).

Se debe tener en cuenta que el intestino delgado es la verdadera razón de existir del tubo digestivo, pues en él se desempeña las importantes funciones de la digestión, absorción de los alimentos y sustancias nutritivas indispensables para mantener el equilibrio vital del individuo. Debe admitirse que es poco lo que se conoce a propósito de su motilidad y funciones a pesar de que durante décadas ha sido objeto de profundas investigaciones.

El objetivo de este trabajo es conocer la incidencia de esta neoplasia y determinar sí ha existido variaciones en el comportamiento de las mismas, realizando a su vez comparaciones con las estadísticas mundiales y de nuestro Instituto.

Materiales y Métodos

Esta Investigación es un análisis retrospectivo de todos los pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del ION - SOLCA, durante el período 1988 - 1997 portadores de neoplasias malignas del intestino delgado, obteniéndose 19 casos.

Se evaluaron diferentes pacientes: edad, sexo, motivo de consulta, localización anatómica y tipo histológico.

Resultados:

Los grupos de edades de mayor incidencia fueron entre 41 - 60 años y 61 - 80 con 9 y 7 casos respectivamente (Tabla # 1).

Tabla # 1
Tumores Malignos del Intestino Delgado
ION - SOLCA 1988 - 1997.
Distribución por Edades

EDAD	# CASOS	PORCENTAJE
20 - 40	3	15.78 %
41 - 60	7	36.84 %
61 - 80	9	47.36 %

El sexo que predominó en este estudio fue el femenino 11 casos (57.89%) y varones 8 casos (42.10%) no observándose una diferencia significativa (Tabla # 2).

Tabla # 2
Tumores Malignos del Intestino Delgado
ION - SOLCA 1988 - 1997.
Distribución por Sexo

SEXO	# CASOS	PORCENTAJE
Varones	8	42.10 %
Mujeres	11	57.89 %

La sintomatología referida por los pacientes en el momento de la consulta fue pérdida de peso, dolor abdominal, masa palpable y en ciertos casos cuadros de pseudobstrucción u obstrucción intestinal, el cual ocurre cuando la masa tumoral lentamente expansiva comprime y erosiona la mucosa suprayacente. El síntoma predominante observado fue dolor abdominal y pérdida de peso en un 100 %, masa palpable se observa en 10 pacientes correspondiendo a un 52.63 % al igual que la enterorragia (Tabla # 3).

Tabla # 3
Tumores Malignos del Intestino Delgado
ION - SOLCA 1988 - 1997
Síntomas Clínicos

SINTOMAS / SIGNOS	# CASOS	PORCENTAJE
Pérdida de Peso	19	100 %
Dolor Abdominal	19	100 %
Masa Palpable	10	52.63 %
Enterorragía	10	52.63 %
Obstrucción	12	63.15 %

La localización anatómica más frecuente fue en duodeno con 15 casos (78.94%) seguido de yeyuno e ileón con 2 casos respectivamente (10.52%). El tipo anatomo - patológico mayormente observado fue el adenocarcinoma (63.15%), seguido de linfomas no hodgkin, carcinoma y leiomiosarcoma (Tabla # 4).

Tabla # 4
Tumores Malignos de Intestino Delgado
ION - SOLCA 1988 - 1997
Tipo Anátomo - Patológico

TIPO HISTOLÓGICO	CASOS	PORCENTAJE
Adenocarcinoma	12	63.15 %
Linfoma no Hodgkin	3	15.78 %
Carcinoide	2	10.52 %
Leiomiosarcoma	2	10.52 %

Conclusión

La rareza de las neoplasias del intestino delgado es intrigante; las razones que justifican la infrecuencia relativa de estas neoplasias siguen siendo puramente especulativas.

Luego de la revisión de nuestra casuística ayudada con los casos documentados en el Registro Nacional de Tumores (RNT) de nuestro Instituto comparadas con los datos de mortalidad publicada por el Instituto de Estadísticas y censos del Ecuador (INEC) 1995; obtuvimos una mayor frecuencia de neoplasias en mujeres (57.8 %) cuya edad promedio fue entre 41 y 60 años con una media de 58 años, igual que la mencionada en la literatura mundial.

Tenemos que mencionar que los datos obtenidos en nuestro Instituto aparentemente se correlacionan con las estadísticas mundiales no observándose variaciones importantes.

Se debe hacer hincapié en el estudio o exploración del intestino delgado al cual todavía le prestamos poca importancia, siendo una porción del tubo digestivo muy importante en la que se puede observar neoplasias benignas y malignas que pueden ser detectadas a tiempo por medio de un tránsito de bario de intestino delgado, siendo éste el método más idóneo de exploración de ésta patología porque nos brinda un alto índice de sensibilidad y especifidad diagnóstica.

Bibliografía

1.- Vincent T. de Vita Jr., Cancer Principles and practice of Oncology 5ed. USA 1996; (1): 575 - 95.

2.- Zuidema Shackelford, Cirugía del Aparato Digestivo 3er. edición, Argentina 1992 pág. 523 - 47.

3.- Tanca-J. Biopsia Intestinal Peroral. Rev Facultad de C.C.M.M. 1966, Oct 193 - 99.

4.- James - D; Johur - S. Gastroenterology Oncology 1992. pág 487 - 94.

5.- Hoensch HP, Steinhardt HJ, Metabolism of xenobiotics in human small intestinal mucosa: relationship to carcinogenic factor. In : Malt RA, Williamson RC, eda. Colonic carcinogenesis. Lancaster: MTP Press, 1982.

6.- Wattenberg LW, Studies of polycyclic hydrocarbon hydroxylases of the intestine possibly related to cancer: effect of diet on benzopyrene hydroxylase activity. cancer 1971, 28:99.

7.- Wattenberg LW. carcinogen-detoxifying mechanisms in the gastrointestinal tract. Gastroenterology 1966:51:932.

8.- Ciseri-DL; Scholten-DJ. the continuing clinical dilema of primary tumors of the small intestine. Am-Surg 1995 Agosto; 61(8): 698-702. 88 - 93.

9.- Broll-R; Bruch-HP; daniel-D; Schiedeck-T. malignant tumors of the small intestine. Diagnostic problems and differentiated surgical therapy. Chirurg 1994. May; 65(5): 451 - 6.

10.- Forzano-F; Longo-A; Barra-M; Curone-PF. primary malignant tumors of the small intestine: the diagnostic

and therapeutic considerations. G-Chir. 1994 May; 15 (5): 223 - 8.

11.- Scabini-M; Arcidiaco-M; Valenti-L. Malignant tumors of the small intestine. clinical and therapeutic considerations on 23 observed cases. Chir-Ital. 1994; 119(9). 639 - 44.

12.- Kelm-C; Padberg-W; Zimmermann-T; Hurtgen-M. Malignant tumors of the small intestine. Zentralbe-Chir. 1994; 119(9). 639 - 44.

13.- Wide-J; Loughran-CF; Shoker-BS; Crohn's disease, calculi and cancer: a repor of two cases. Clin-Radio. 1996 Sep; 51(9): 651 - 3.

14.- Ryan-JC. Premalignant conditions of the small intestine. Seminario Gastroenterol-Dis 1996 Apr; 7(2):

15.- Bernstein-D; Rogers-A.Malignancy in Crohn's disease, Am-J. Gastroenterol. 1996 Mar;91(3):434-40.

16.- Mac Gowan-DJ; Hourihane-DO; Tanner-WA. Duodeno yeyunal adenocarcinoma as a first presentation of coeliac disease. J. Clin-Pathol. 1996 Julio; 49(7): 602 - 4.

17.- Hidalgo-L; Villanueva-A; Soler-T. Molecular changes in adenocarcinoma of the small intestine associated with Peutz-Jeghers syndrome. RevEsp-Enferm-Dig. 1996 feb; 88(2): 137 - 40.