

**ADENOCARCINOMA DE INTESTINO DELGADO. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

*Adenocarcinoma of the small bowell. Case presentation*

**Dr. Carlos E. Salazar Cueto; Dr. Alina Monteagudo Canto; Dr. José E. Rodríguez Sed; Dr. José A. Hernández Grau**

Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.

**RESUMEN**

Se presentó un paciente con cuadro inicial de dolor abdominal tipo cólico, vómitos, diarreas y fiebre que evolucionó hacia un síndrome oclusivo intestinal. Fue intervenido quirúrgicamente donde se encontró tumor a nivel del íleon, confirmándose diagnóstico de adenocarcinoma de íleon. Luego de resección quirúrgica y tratamiento médico, evolucionó favorablemente.

**DeCS: ADENOCARCINOMA; INTESTINO DELGADO/cirugía/ ILEON/ cirugía**

**ABSTRACT**

A patient with an iniatial picture of abdominal pain, cholic type, vomiting diarrhea and fever is presented. He evolved to an occlusal, intestinal syndrome, and was surgically intervened . A tumor at the ileum level was found, confirming a diagnosis of ileum adenocarcinoma. After surgical resection and medical treatment, he evolved succesfully.

**DeCS: INTESTINE SMALL/ surgery/ILEUM/surgery.**

## INTRODUCCIÓN

Uno de los enigmas de la medicina reside en el hecho de que los tumores del intestino delgado sean tan poco frecuentes. *Robbins* plantea que el intestino delgado representa el 75% de la longitud total del tracto gastrointestinal y la frecuencia de las neoplasias en el intestino delgado es del 3-6% de todos los tumores gastrointestinales, lo que coincide con *Harrison* plenamente (1).

Es curioso señalar que la primera comunicación de un carcinoma del intestino delgado la hizo *Georgini Hamberguer* en 1746, *Rainford* en 1932 llamó la atención hacia la inmunidad relativa de esta porción del tracto intestinal a la invasión tumoral (2).

En EUA solo se presentan anualmente aproximadamente 2000 casos y nuestro medio no resulta una excepción pues también son infrecuentes. Por esta razón se expone un caso de adenocarcinoma (ADC) del intestino delgado.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 47 años ingresado por dolor periumbilical tipo cólico, asociado a vómitos alimentarios y diarreas copiosas, fétidas, líquidas en número de 10 aproximadamente, fiebre de 37.5 °C, astenia y anorexia.

**APP:** Parasitismo intestinal.

**Examen físico:** Abdomen doloroso en mesogastrio, no tumoración, ruidos hidroaéreos aumentados en intensidad y frecuencia. Se impone tratamiento médico. Evolución sin dolor, constipado, asténico. Al octavo día reaparece el dolor tipo cólico, vómitos, no expulsión de gases, y constipado. Al décimo día abdomen doloroso distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad y frecuencia, tacto rectal: ampolla rectal vacía. Se plantea como diagnóstico oclusión de intestino grueso por posible neoplasia de colon.

**Exámenes Complementarios realizados:** Hb: 100 g/l, Hto: 0.30 vol/1. leuco:  $5.6 \times 10^9$  /l P<sub>0.60</sub> L: 0.40, eritrosedimentación: 40 mm/h, heces fecales (III): negativas, sangre oculta en H.F: positiva, ultrasonido abdominal: normal. Imposibilidad de realizar endoscopia y examen contrastado de esófago – estómago – duodeno.

Se realiza laparotomía de urgencia reseccándose tumor del íleon terminal a 15 cm de válvula ileocecal en forma de anillo de servilleta sin evidencia de metástasis. Biopsia No. 3290-99: adenocarcinoma bien diferenciado que infiltra hasta la serosa

## COMENTARIO

Se presentó este paciente con diagnóstico posoperatorio de adenocarcinoma de íleon terminal que evolucionó como un síndrome oclusivo. No es un cuadro frecuente debido al contenido fluido intestinal y su distensibilidad a este nivel, la literatura expresa que el diagnóstico clínico de los tumores del intestino es difícil (3-4), autores como *Harrison* observan índices de sospechas en pacientes con:

- Cólicos recurrentes e inexplicables.
- Obstrucción intestinal intermitente sin antecedente de cirugía, ni enfermedad inflamatoria intestinal.
- Signos de hemorragia intestinal crónica en presencia de radiografías convencionales negativas.

Es válido señalar que los adenocarcinomas se desarrollan más comúnmente en el intestino delgado proximal, los linfomas y los carcinoides son los más frecuentes del distal (5-6).

Por último, pensamos que es útil tener en cuenta los factores de riesgos o estados premalignos con los cuales puede asociarse, tales como: inmunodeficiencias, enfermedad celíaca, poliposis hereditarias intestinales y enteritis regional (7), aunque no se presentaron en nuestro caso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robbins SL, Cotran RS, KumarV. Patología estructural y funcional. T2. 3ªed. La Habana: Científico-Técnica; 1987. p.829-33.
2. Bockus HL. Gastroenterología. T2. 3ªed. La Habana: Científico-Técnica; 1980. p 473.
3. North JH, Pack MS, Malignant Tumors of the small intestine. A review of 144 casos. AM Surg 2000; 66(1): 46-51.
4. Blanchard DK, Budde JM, Hatch GF, Hatch KF, Davis GB, Foster RS Jr. Tumor of the small intestine. World J Surg 2000; 24(4): 421-9.
5. Calabrese L, Delmonte O, Mari R, Spaggiari A. Primary neoplasms of the Jejunum – Íleon.

The clinic – diagnostic and surgical therapy considerations. The clinical cases and a retrospective study of our experience. Acta Biomed Ateneo Parmense.1998;6(3-4):73-95.

6. Bennett JC, Plum F. Cecil Tratado de Medicina Interna. Vol. 1. 20ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1996: 827-32.
7. Khajasteh A. Haghsepass M, Hagnighi. Current concept in immuno proliferative small intestinal disease: A "third – world lesion". N Engl J Med 1998; 308: 1401.

Recibido:14 de mayo de 2000

Aprobado: 15 de febrero de 2001