

Carcinoma de Intestino ⁽¹⁾

POR EL

Dr. Vicente J. Bertola

Las observaciones sobre afecciones tumorales localizadas en el intestino delgado, son escasas. La rareza, unida a la forma tórpida de su presentación, nos invitan a su divulgación.

Tito M., italiano, de 56 años de edad, casado, agricultor, domiciliado en estación Carrilobo, F. C. S. F.

A. H.: Padres muertos, ignora las causas. Manifiesta que murieron a la edad de 75 y 70 años, padre y madre, respectivamente, habiendo sido sanos. Colaterales sin importancia.

A. P.: Nacido a término, de parto normal. Lactancia materna. Durante la infancia ha tenido sarampión; posteriormente, grippe. Siempre ha sido sano. Casado con mujer sana, de la cual tiene un hijo sano. Hace ocho años su esposa fallece de una neumonía. Casado en segundas nupcias con mujer de su edad, arterioesclerosa. Buen comilón; vino con moderación. Nunca ha sufrido trastornos gastro intestinales. Hace cinco años ha tenido una peritonitis de origen apendicular. Fué operado tardíamente en estado gravísimo. Se logró conjurar la enfermedad. Queda como secuela una gran eventración, pues en la herida se dejó drenaje (Mickulicz). Supuró abundantemente; curó después de dos meses de ser intervenido. Después de esto se siente bien y efectúa sus ocupaciones habituales.

(1) Presentado a la Sociedad de Gastroenterología y Nutrición de Bs. Aires, sesión del 25 de setiembre de 1939. Relator Dr. Esteban Garré. Libro de actas número 2, folio 26.

No ha tenido ninguna otra afección hasta que el 15 de mayo de 1937 nos consulta por el siguiente trastorno:

A. E. A.: Desde hace aproximadamente dos meses que periódicamente siente dolores al vientre, acompañados de ruidos intestinales más o menos fuertes. Pasado ese trastorno, inmediatamente se siente bien y puede continuar sus ocupaciones que son pocas después de su operación.

Estado actual: Enfermo tipo branquitipo, con masetero saliente tipo digestivo de Caillon y Mac Auliffe. Estado general excelente. Rozagante y bien nutrido. Panículo adiposo abundante. Sistema muscular y esquelético normal. Sistema linfático normal. Faltan piezas dentarias y otras en regular estado de conservación. Cuello corto no revela nada anormal.

Aparato circulatorio: Corazón ligeramente aumentado a expensas de su ventrículo izquierdo. Tonos normales. Pulso: 70 pulsaciones por minuto. Tensión arterial: Mx. 13; Mn. 8 ½, al Vaquez Laubrie.

Aparato respiratorio: Normal. Tórax con un predominio de sus diámetros transversos y ántero posterior y con un ángulo condral muy abierto.

Abdomen: Globuloso, cargado de panículo adiposo, con predominio franco de su abdomen infraumbilical. En su fosa ilíaca derecha se advierte una gran cicatriz operatoria de varios centímetros de largo, ancha, llena de retracciones. Al invitarle al enfermo que se incorpore se aprecia la diástasis de los músculos oblicuos y transverso. Sale contenido abdominal al que se reduce fácilmente.

Hígado: Borde superior se lo percute en el cuarto espacio intercostal. Borde inferior se lo encuentra a dos traveses de dedo del reborde condral, romo e indoloro. Bazo, ni se percute ni palpa.

A la palpación del abdomen, fuera de su eventración, no se advierte sino muy rara vez borborigmos de preferencia a la altura de la entrada a la pelvis. Precedido por dolores se dibuja un ansa de intestino que se pone de manifiesto en el segmento infraumbilical y ligeramente paramediano izquierdo. La observación de las materias fecales no revela nada de particular; aspecto, color, etc., normal.

Aparato génito urinario: Normal.

Sistema nervioso: Normal.

Sospechando una oclusión intestinal intermitente, se le hace radiografía y radioscopía de pie, no advirtiéndose absolutamente nada.

En un primer momento se piensa que el estado peritoneal anterior habría dejado como secuelas, múltiples adherencias que serían lo suficientemente capaces de producir acodaduras o torsiones, las cuales traerían como resultado una oclusión intestinal intermitente. Con este diagnóstico de presunción y aprovechando de corregir su eventración dejada por una probable Jalaguier, se resolvió intervenirlo, haciéndolo el 22 de mayo de 1937.

Cirujano: Dr. Vicente J. Bertola.

Ayudantes: Dres. D. J. Baistrocchi y A. Avila.

Anestesia: Local, con novocaína al 0.50 % con adrenalina. Se infiltran los distintos planos aponeuróticos. Se reseca la piel en forma cuneiforme. Se movilizan los colgajos de piel; se separan las distintas capas musculares y se reconstruye al suturar plano por plano con catgut cromado.

Al cabo de un mes de ser dado de alta, regresa nuevamente ya con cuadro bien instalado de oclusión intestinal: facies estiradas, vómitos, pulso de cien por minuto, hipotenso. Se hace una radiografía de pie y se constata un nivel líquido bien característico (ver radiografías números 1, 2 y 3).

Se lo interviene el 19 de junio de 1937.

Cirujano: Dr. Vicente J. Bertola.

Ayudantes: Dres. D. J. Baistrocchi y A. Avila.

Anestesia: Raquídea, con novocaína al 5 % entre la tercera y cuarta lumbar, 2 cc.

Laparatomía mediana umbílico pubiana.

Abierta la cavidad peritoneal se explora la fosa ilíaca derecha. Se encuentran adherencias del intestino delgado al peritoneo parietal. El intestino adherido es el del último tramo del ileon.

Se seccionan las adherencias y se peritoniza la parte que queda al descubierto del intestino.

A la altura del ángulo ileocecal hay otras adherencias hacia el fondo de la fosa ilíaca, también se los libera.

Se recorre el yeyuno ileon y en el cuadrante izquierdo y superior se encuentra un ansa de intestino aumentada en tres veces su calibre, de paredes francamente engrosadas. Recorriendo esta ansa se encuentra que la estrechez es debida a una masa tumoral estruc-

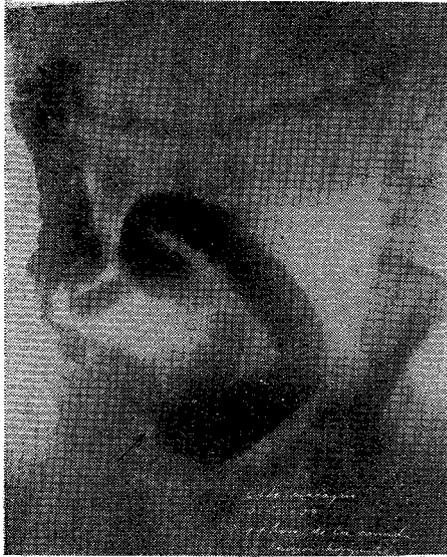


RADIOGRAFIA N°. 1. — *Primera Serie.* — Cuatro y media horas después de la ingestión del bario. Se nota en la posición de pie una enorme ansa de intestino delgado con nivel líquido

tural. Entre pinzas se la reseca, dejando cinco centímetros de intestino en cada uno de los límites del tumor.

El abocamiento del cabo distal y proximal se hace por entero anastomosis, término-terminal, habiéndose tenido la precaución previamente de que la sección del intestino distal fuera en forma ligeramente oblicua. Hecha la prueba de la circulación intestinal se constata que ésta se efectúa normal y regularmente. En la explo-

— 1317 —



RADIOGRAFIA N°. 2. — *Primera Serie.* — A las once horas se nota una enorme ansa de intestino delgado por encima del obstáculo



RADIOGRAFIA N°. 3. — *Primera Serie.* — Dieciseis horas después. Se nota la ansa de intestino delgado supraestructural, aun bastante dilatada

ración del mesenterio no se encuentran masas ganglionares metastásicas.

Sutura de los distintos planos. Piel con lino.

Abierta la pieza operatoria se constata que hay un anillo estriktural, el cual circunscribe todo el contorno de la luz del intestino. Es una ansa tumoral de un centímetro de ancho y medio de espesor, de aspecto neoplásico.

Análisis anátomo-patológico: En la pieza extraída se advierte que el intestino delgado está colonizado. Sus paredes notablemente espesadas y aumentados su consistencia y su calibre en la porción supra estriktural. Han desaparecido las válvulas conniventes, presentándose su interior más o menos liso que contrasta con la porción infra estriktural que tiene los caracteres normales en relación a su calibre, lo mismo que espesor y aspecto de las válvulas conniventes. La porción estriktural está limitada por un anillo duro, fibroso, blanquecino, que da la impresión de hundirse en las paredes del yeyuno y al parecer le estrangula u oblitera. La porción dura, tumoral tiene aproximadamente 2 ½ centímetros en el sentido longitudinal, según lo ilustra la pieza operatoria.

En la luz del yeyuno se nota una masa tumoral vegetante, exhuberante, llena de nodulaciones que le dan un aspecto de coliflor. En la parte correspondiente a la adherente del intestino, tiene dos centímetros de largo. Se deja entrever una excavación, la cual recuerda a una ulceración. En la parte libre del intestino tiene apenas un centímetro de longitud. La masa tumoral abarca por completo la luz del intestino.

Examen histo-patológico: Tubos glandulares revestidos de epitelio cilíndrico. Invade la submucosa y muscular; no llega a la serosa. Tubos glandulares huecos en una sola hilera de epitelio cilíndrico. La muscular se presenta rota en muchas partes por aglomeraciones de tubos.

Estroma conectivo franco en el que pueden verse fibras lisas, tubos simples y ramificados. Tapiza un epitelio que se presenta en

una sola capa. En las cavidades glandulares se encuentran materias albuminoideas.

Diagnóstico: Adenocarcinoma tubuloso y papilífero (Fig. N° 4).

Después de haber estado siempre bien, en abril de 1939 viene a consultarnos porque desde hace un mes tiene crisis de dolores en

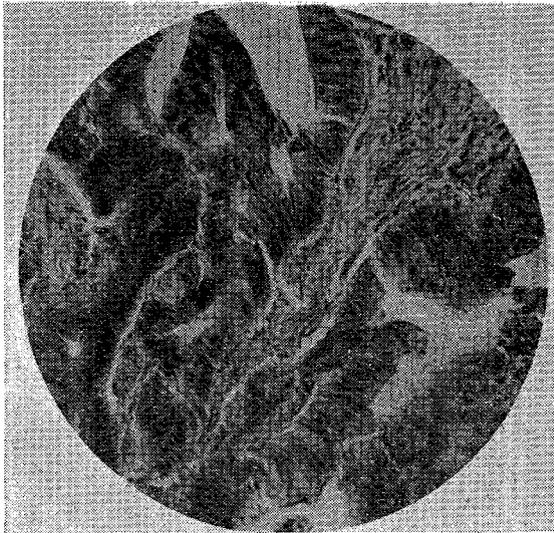


FIGURA N° 4. — Microfotografía

el vientre, más o menos intensas y acompañados de ruidos. Hace aproximadamente diez días ha tenido vómitos y el abdomen ha aumentado de tamaño.

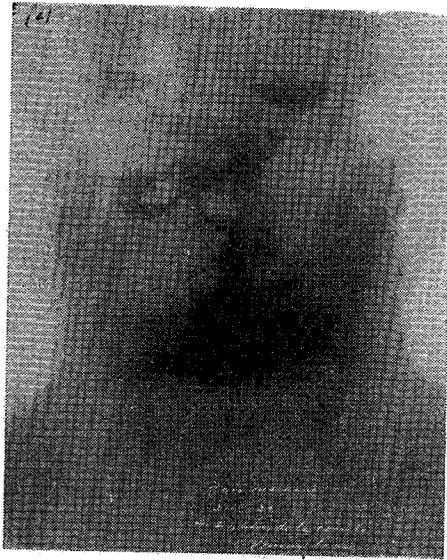
Con el cuadro de oclusión intestinal intermitente es observado nuevamente.

En el examen somático general se nota un abdomen metcorizado y es dable observar que intermitentemente se podían percibir borborigmos acompañados de disminución del tamaño del abdomen. Las crisis van acompañadas de dolores, gran postración, seguidas a veces de vómitos.

Los rasgos del enfermo, desencajados durante la crisis, se tornan normales a las pocas horas de haber pasado ella.

En una de sus crisis intermitentes se hace una radiografía (N°. 5), donde podemos percibir niveles líquidos. Las radiografías subsiguientes nos muestran la localización de la tumoración.

Con los antecedentes de la enfermedad anterior y con un cua-



RADIOGRAFIA N°. 5. — *Segunda Serie.* — A las dos y media horas se nota el punto estrechado y el anseo ed intestino delgado agrandada (prestrictural). — Como el año anterior corresponde al segmento de delgado de las volutas de la pelvis

dro similar fué fácil plantear el diagnóstico de oclusión intestinal por tumor vegetante en la luz del ileon, tal como lo demuestran las radiografías Nros. 5 y 6.

Se efectúan los análisis de orina y dosaje de urea en sangre, y encontrándose normal se lo interviene.

Operación: abril de 1939.

Cirujano: Dr. Vicente J. Bertola.

Ayudantes: Dr. Alfredo Martínez Carreras, y De Sanctis.

Anestesia: Local con novocaína al 50 % con diez gotas de solución de adrenalina al 1 ‰ cada 100 cc.

Laparatomía mediana umbílico-pubiana. Se reseca la cicatriz anterior. Abierta la cavidad abdominal y orientados con el estudio radiográfico, encontramos inmediatamente el segmento de ansa estenosada.

Corresponde al ileon, a sesenta centímetros de la desemboca-



RADIOGRAFIA N° 6. — *Segunda Serie.* — Se nota el sitio de la obstrucción y el ansa de intestino delgado en vías de agrandamiento

dura en el ciego. Recorremos el ileon y no encontramos ni vestigios de la operación anterior, cuya localización fué aproximadamente a los dos metros.

Hecha la anestesia local del mesenterio, procedemos a la extirpación del segmento estrechado y duro del intestino que tiene idénticos caracteres que la vez anterior; es decir, que se observa un anillo estriectural de color blanquecino. La porción supra estriectural del ileon ha aumentado de tamaño y sus paredes se han espesado.

No hay masas ganglionares en el mesenterio. Extirpado el segmento del ileon, hacemos luego una enteroanastomosislátero-lateral.



FIGURA N° 7. — Trozo de intestino de la primera operación. La flecha señala la tumoración



FIGURA N° 8. — Trozo de intestino de la segunda operación. La flecha señala la tumoración

La operación se la realiza sin ninguna clase de dificultades. Se la termina cerrando por completo la pared abdominal a puntos separados, plano por plano. Piel con lino.

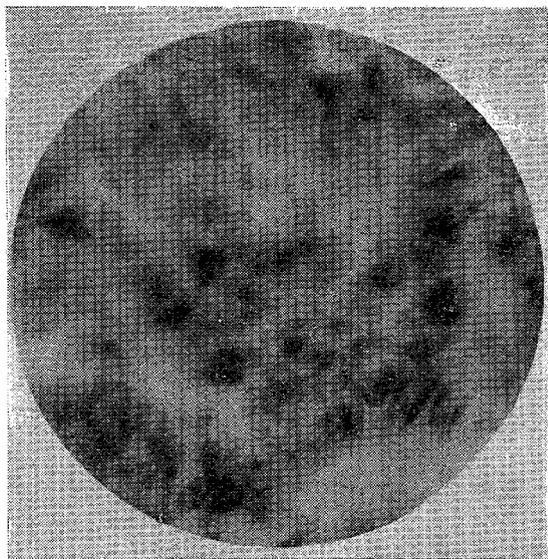


FIGURA N° 9. — Microfotografía

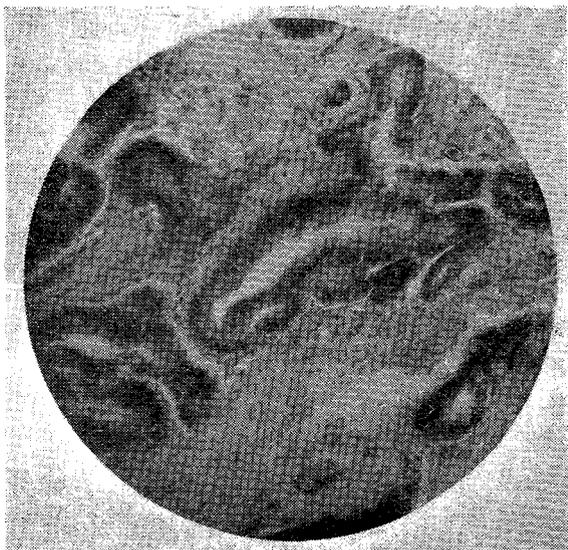


FIGURA N° 10. — Microfotografía

Inmediatamente se instala el gota a gota endovenoso con suero fisiológico y suero glucosado isotónico; tónicos cardiacos, etc. Evolución normal. Puede incorporarse al sexto día después de la operación. Es dado de alta al noveno día.

La pieza operatoria revela: En su cara externa la presencia de un cordón blanquecino de cuatro milímetros de ancho, especie de cinta que hace las veces de anillo estructural, el cual estrangula la luz del ileon como en la ocasión anterior. Abierto por la cara libre, en su interior se observan dos placas, de un centímetro una y la otra de medio centímetros de una masa tumoral dura, exuberante, levantada en los bordes y excavada en el centro.

Examen histo-patológico: Las características son idénticas; es decir, las de un *adenocarcinoma* (Figuras Nros. 9 y 10).

Se relata un caso de adenocarcinoma de la luz del intestino delgado. La evolución ha sido tórpida y caprichosa. Intervenido por primera vez, se cura durante una temporada. Se repite la enfermedad y se le interviene nuevamente. En las dos veces se ha resecaado intestino. No hubo metástasis ganglionares. El examen histopatológico reveló tratarse de un *adenocarcinoma*.
