

## Tumores primitivos del yeyuno-íleon \* \*\*

Dres. JOSE L. FILGUEIRA y JOSE FACAL \*\*\*

### 1º) INTRODUCCION

Trabajando en la Clínica Quirúrgica "B", a cargo del Prof. J. A. Piquinela, hemos tenido oportunidad de enfrentarnos a un paciente portador de un tumor de intestino delgado, lo que despertó nuestro interés por este tema y nos llevó a efectuar un análisis de todas las historias de pacientes afectados por dichos procesos, hasta el momento actual, en los diferentes Servicios del Hospital de Clínicas Manuel Quintela.

Del análisis de los casos, surgió la poca frecuencia de estos tumores, dado que hemos encontrado solamente 18 casos en más de 250.000 pacientes fichados en el Hospital. Ostermiller, Joergenson y Weibel (23) sostienen que los tumores malignos del intestino delgado comprenden el 5 a 6 % de todos los tumores gastrointestinales y el 1 % de todos los tumores malignos.

Queremos destacar, que no se han tenido en cuenta los tumores de intestino delgado secundarios a otra localización, ni los tumores del duodeno, pero sí se han comprendido en el estudio los tumores primitivos de la válvula ileocecal.

Deseamos subrayar, el hecho de que nos hemos basado fundamentalmente en casos clínicos y por lo tanto nuestras conclusiones estadísticas difieren de aquellas basadas en análisis de series de autopsias, en cuyo caso, pacientes que han fallecido de otra afección, frecuentemente se comprueba la presencia de tumores de intestino delgado generalmente benignos y muchos de pequeño tamaño, para cuyo hallazgo es necesario la búsqueda necropsica cuidadosa de los mismos.

Es de hacer notar, que en el Hospital de Clínicas se atienden pacientes de edad superior a los 14 años y por lo tanto algunos tumores que tienen especial incidencia en la infancia y que en estadísticas que abarcan todos los grupos etarios, ocupan un lugar importante, en la nuestra se ven, por esta razón, francamente disminuidos.

### 2º) ANALISIS CLINICO

En lo que respecta al sexo, existe una distribución homogénea, nueve casos asentaban en hombres y nueve en mujeres. Colcock y Adamson (6) hallan una incidencia similar en ambos sexos para los carcinomas del yeyuno y una predominancia a favor del sexo femenino en los que asientan en el íleon.

La distribución por edades mostró que el máximo de frecuencia se encontraba entre los 46 y 60 años.

#### Distribución por edades:

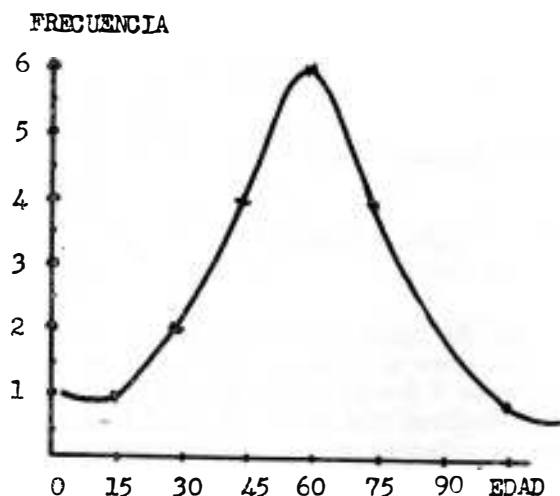
0-15	.....	1 caso
16-30	.....	2 casos
31-45	.....	4 casos
46-60	.....	6 casos
61-75	.....	4 casos
76-90	.....	1 caso

Cutler y col. (8) consideran que el sarcoma en sus formas linfoides, predomina netamente en la infancia.

En lo que respecta a la forma de presentación clínica, existe un franco predominio por la forma oclusiva, 14 casos en 18.

Maingot (20) hace hincapié en que, en ausencia de invaginación, los síntomas de obstrucción son siempre expresión de una evolución prolongada de la tumoración porque el contenido intestinal es líquido a nivel del delgado.

\* -o realizado en la Clínica Quirúrgica "B"  
del Prof. J. A. Piquinela.  
Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay  
de abril de 1967.  
\*\*\* Adjuntos de Clínica Quirúrgica.



Karlen (18) dice que la obstrucción del intestino delgado en los carcinoides, se produce frecuentemente por acodadura del intestino al adherirse a las metástasis mesentéricas que invaden el peritoneo y tienen gran tendencia retráctil. En 3 casos de nuestra serie se comprobó una oclusión intestinal mecánica aguda, sin antecedentes de cuadros suboclusivos previos.

En 5 oportunidades la oclusión aguda estaba precedida de episodios suboclusivos previos.

Seis pacientes consultaron por presentar sintomatología de oclusión mecánica crónica incompleta.

En 2 casos se llegó al diagnóstico clínico y radiológico de peritonitis, lo cual fue comprobado posteriormente en el acto quirúrgico y en 1 caso la necropsia mostró que se trataba de una peritonitis generalizada. Los 3 casos de peritonitis, se debieron a perforación del tumor. Heggs (16) y Somerville (34) ya han hecho referencia a la posibilidad de producirse esta complicación.

Darling y Welch (9), en una serie de 112 casos de tumores de delgado, encontraron una incidencia del 11 % de perforación en peritoneo.

Valls y Cassinelli (38) presentaron 1 caso de reticulosarcoma de intestino delgado con varias perforaciones.

En uno de los pacientes que integran esta casuística y que dio lugar a una publicación presentada en la Sociedad de Medicina de Montevideo por Medina y col. (21), se efectuó el diagnóstico clínico de síndrome carcinoide, dado que el enfermo pre-

sentaba toda la sintomatología descrita por Biörck, Axen y Thorson (4), lo que fue ratificado por el estudio de laboratorio y luego confirmado por la intervención quirúrgica y la anatomía patológica.

Lorenzo y Lozada y col. (19) publicaron el primer caso en el Uruguay en el cual se efectuó diagnóstico clínico de carcinoide; en este caso llama la atención la ausencia de metástasis hepáticas en un enfermo portador del síndrome carcinoide.

Rapport (29), Sjoerdsma y col. (33), y en nuestro medio Sanguinetti y Lorenzo y Lozada (32), analizan la importancia de la búsqueda de los valores de 5 hidroxitriptamina (serotonina) en la sangre y la excreción por la orina de cantidades elevadas de ácido 5-hidroxindolacético para afirmar el diagnóstico de tumor carcinoide.

Analizando los diferentes cuadros clínicos mencionados, vemos que existen signos y síntomas de interés, a saber:

Tumoración abdominal objetivable por palpación abdominal o por tacto rectal: 7 casos.

En algunos casos se palpa el tumor propiamente dicho; en otros la tumefacción corresponde al intestino invaginado.

En tres oportunidades se encontró entre los síntomas, elementos de hemorragia digestiva baja (melenas o enterorragias). En algunos casos la hemorragia digestiva es el elemento clínico predominante y puede ser profusa y repetida como en los casos publicados por Otero (24) y Ardau e Irola (1).

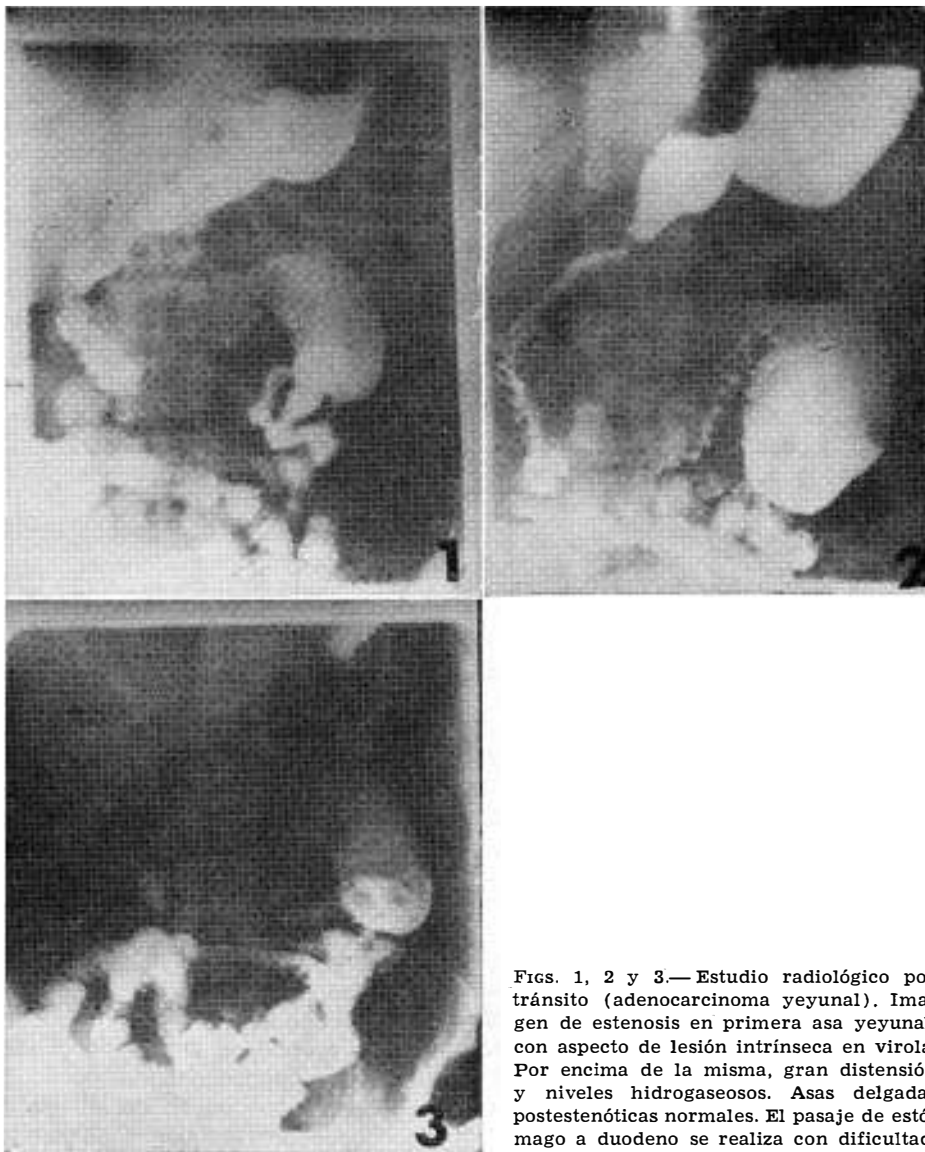
Síntomas de repercusión general (astenia, anorexia, adelgazamiento) se encontraron en 11 casos. Es de destacar que el cuadro de repercusión metabólica se ve en los enfermos portadores de tumoraciones malignas (de los 18 pacientes, 16 presentaban tumores malignos).

Un enfermo portador de una sarcomatosis intestinal difusa, se presentó como un cuadro febril prolongado.

Solamente uno de los casos de la serie mostraba una hepatomegalia irregular y corresponde a un tumor carcinoide.

### 3º) ESTUDIO RADIOLOGICO

El diagnóstico radiológico positivo de los tumores del delgado, según Raiford (27), es dificultoso debido a la longitud, movilidad y superposición de las asas delgadas.



FIGS. 1, 2 y 3.—Estudio radiológico por tránsito (adenocarcinoma yeyunal). Imagen de estenosis en primera asa yeyunal, con aspecto de lesión intrínseca en virola. Por encima de la misma, gran distensión y niveles hidrogaseosos. Asas delgadas postestenóticas normales. El pasaje de estómago a duodeno se realiza con dificultad.

Estos estudios han sido llevados a cabo minuciosamente por Good (14), Cunha y Day (7) y Good y Mc Carthy (15).

En ausencia de complicación aguda el tumor de delgado puede ser estudiado por radiografía simple y por estudio radiológico de tránsito del delgado; en la primera se puede ver aumento de los gases en el intestino supratumoral, a veces con niveles. En el estudio por tránsito se aprecia: a nivel del tumor una imagen de estenosis orgánica en desfiladero, de poca longitud, similar a la que se observa en los tumores del colon izquierdo. Se aprecia también gran dilatación de las asas por encima de

la estrictura con conservación de los pliegues y separación de los mismos, niveles hidrogaseosos y dificultad en la evacuación pilórica del estómago.

A veces se pueden visualizar asas postestenóticas con disminución de calibre y pliegues normales (figs. 1, 2 y 3).

Los casos complicados pueden presentarse bajo tres formas radiológicas, que son las siguientes: 1) oclusión intestinal mecánica completa; 2) invaginación; y 3) peritonitis.

La invaginación más accesible al estudio radiológico es la que complica los tumores del íleon terminal.

#### 4º) ANATOMIA PATOLOGICA

El análisis de esta serie mostró que los tumores malignos predominaban francamente sobre los benignos (16 malignos, 2 benignos). Rankin y Olson (28), analizando 95 tumores del intestino delgado, encontraron 60 malignos y 35 benignos.

Strhol y Diffenbaugh (36), de 28 tumores de delgados, encuentran 6 benignos.

Dentro de los tumores malignos, existe un franco predominio por los carcinomas (9), siguiendo en orden de frecuencia los sarcomas linfoides (4) y los carcinoides (2), y en nuestra serie se encontró un granuloma plasmocitario infiltrante difuso.

De los 2 tumores benignos de la serie estudiada, uno corresponde a un leiomioma y el otro a un granuloma eosinófilo.

a) *Carcinomas*.— En lo que respecta a la localización, 5 asientan en yeyuno, 3 en íleon y 1 en la válvula ileo-cecal.

Pridgen (26) en un análisis de 63 casos encontró 41 casos en yeyuno y 19 en íleon. Raiford (27) sostiene que la localización más frecuente es en yeyuno proximal y en la porción distal del íleon.

Respecto al tamaño, en general se trata de tumores pequeños, esquistosos y anulares de 2 a 4 cm.; todos infiltraban las diferentes capas del órgano (fig. 4); respecto a la extensión por continuidad fuera del intestino, en 8 casos era evidente y en 1 no existía. Es frecuente la colonización ganglionar regional, 6 de nuestros 9 casos tenían adenopatías palpables en el meso.

Carter (5) considera que los ganglios aumentados de tamaño pueden ser asiento solamente de procesos inflamatorios.

Las metástasis hepáticas y extraabdominales son raras en el momento de la consulta del enfermo; de la serie estudiada, sólo 1 caso presentaba metástasis hepáticas.

b) *Linfomas malignos*.— Strauch (35) en una serie de 47 tumores malignos del intestino delgado encuentra 5 linfomas. En nuestro medio Piquinela (25), Nande y Labrot (22), Arruti (2) y Ruvertoni y Larghero (31) han publicado casos clínicos de sarcomas linfoides de intestino delgado.

De las 4 observaciones nuestras, 2 estaban localizados en el íleon, uno en la válvula ileocecal y el restante era generalizado a todo el yeyuno-íleon.

Raiford (27) señala que predomina en sujetos jóvenes y en el íleon terminal (último metro).

El tamaño en esta serie es variable, aunque en general son pequeños (entre ½ y 4 cm.).

Según Ferrari y Kasdorf (12), el espesor de la pared intestinal puede aumentar considerablemente, tomando aspecto aneurismático y la luz puede ser mayor que el intestino adyacente sano.

Dos casos se presentaron como tumor único; uno múltiple en última asa ileal y el otro difuso a todo el yeyuno-íleon.

Al principio crecen en la submucosa y pueden hallarse en esta etapa (1 caso), en su evolución infiltran totalmente el órgano (3 casos).

Tres se extendían por continuidad fuera del órgano y uno no.

Faulkner y Dockerty (11) encuentran adenopatías afectadas en el 70 % de los casos; en la serie estudiada 3 presentaban adenopatías y uno no. Ninguno presentaba metástasis en hígado, 1 tenía colonización pulmonar y otro en la evolución clínica mostró una linfosarcomatosis generalizada.

Frazer (13), de 31 casos encuentra: 8 reticulosarcomas, 9 linfosarcomas linfoblásticos, 12 linfosarcomas linfocíticos y 2 mixtos. De los casos recopilados encontramos: 1 linfocítico (fig. 5). 1 linfoblástico, 1 mixto (linfoblástico y linfocítico) y uno no clasificado.

c) *Carcinoides*.— En esta serie se encuentran 2 casos, ambos localizados en el íleon y de pequeño tamaño.

Respecto a la infiltración en el órgano, en un caso era total, en el otro no consta la extensión exacta. Ambos presentaban adenopatías, se extendían por continuidad fuera del órgano y presentaban además metástasis hepáticas. Ninguno tenía extensión extraabdominal.

d) *Otros tumores malignos*.— Dentro de los tumores malignos aún no considerados, uno de los más frecuentes es el leiomioma. Horsley y Means (17) presentaron 2 casos y recolectan 110 en la literatura mundial.

Raszkowski y Kent (30) presentaron 6 casos de leiomiomas de yeyuno. En esta casuística no existe ninguno. El mixosarcoma y el fibrosarcoma son excepcionales.

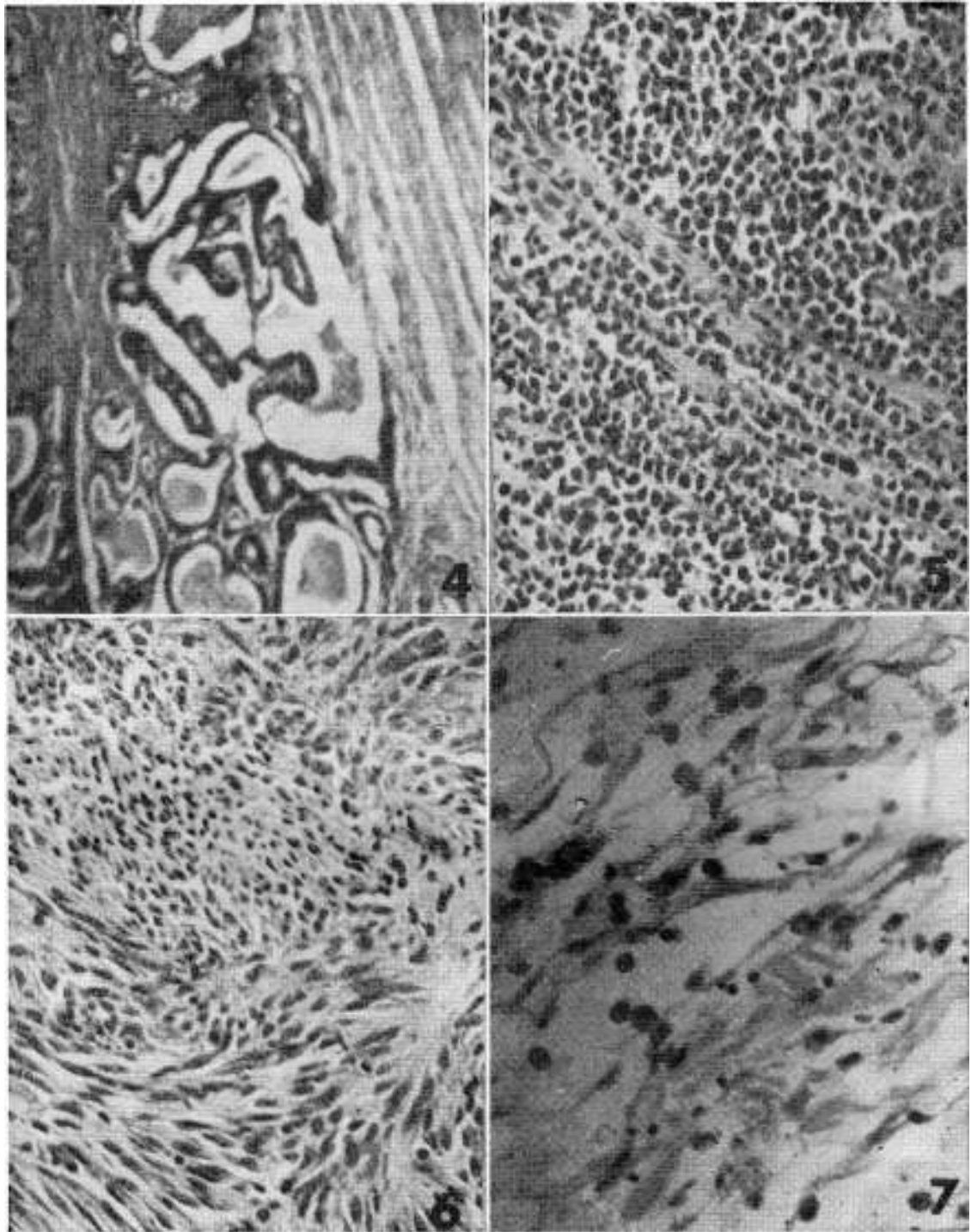


FIG. 4: Adenocarcinoma infiltrando la muscular de la pared intestinal. FIG. 5: Linfosarcoma linfocítico infiltrando la pared. FIG. 6: Corte histológico a mediano aumento de leiomioma. FIG. 7: Infiltrado eosinófilo y plasmocelular correspondiente a granuloma eosinófilo (mayor aumento).

En nuestra serie se encuentra además, un tumor que del punto de vista histológico mostraba un proceso granulomatoso con marcada infiltración plasmocitaria, con figuras de atipia y metástasis ganglionares con las mismas características. Es evidentemente un tumor de difícil clasificación.

e) *Tumores benignos.*— De los 2 casos presentados, uno corresponde a un leiomioma (fig. 6) que asentaba en el íleon, y tenía 8 cm. de diámetro. Según Horsley (17), es un tumor que se maligniza con frecuencia (20 % de los casos). El tumor de esta serie estaba necrosado y perforado.

Raiford (27) dice que esta complicación existe, pero es rara. Otros tumores benignos, como el fibroma, adenoma, angioma, lipoma, etc., son raros, y en general asintomáticos, siendo un hallazgo de autopsia; de ellos el más frecuente es el adenoma.

Estos tipos de tumores no existen en nuestra serie, no obstante encontramos un granuloma eosinófilo (fig. 7) circunscrito, pequeño, que asienta en yeyuno.

Existe más de 50 casos, según Ureles y col. (37), publicados en la literatura hasta el año 62. Los mismos autores dicen que el granuloma eosinófilo puede presentarse también en la forma difusa o regional.

## 5º) TRATAMIENTO QUIRURGICO

### D) En los tumores malignos.

De los 16 casos estudiados, en 9 se realizó cirugía con criterio pretendidamente curativo, en 6 casos se llevó a cabo cirugía paliativa y 1 caso se trataba de un hallazgo necrótico.

a) *Cirugía con criterio radical.*— Considerando la localización encontramos la siguiente: 5 casos eran de topografía ileal, de los cuales a 3 se les efectuó hemicolectomía derecha típica reglada, a uno se le realizó ileocectomía parcial y al restante localizado a 40 cm. de la válvula ileocecal se trató con resección ileal con cuña mesentérica.

En esta topografía evidentemente debe realizarse, si es posible, una hemicolectomía derecha semejante a la de los neoplas-

mas del ciego, resecano por lo menos, según Maingot, 30 cm. de delgado por encima del tumor.

A los 4 casos localizados en el yeyuno se les practicó resección de delgado con la cuña mesentérica correspondiente.

Maingot (20) aconseja extirpar el tumor con amplio margen de intestino por encima y por debajo, más una amplia cuña mesentérica incluyendo los ganglios mesentéricos y anastomosis terminoterminal.

Etala (10) aconseja agregar además la resección del epiplón mayor. En caso de tumor cercano al ángulo duodenoyeyunal, efectuar la resección correspondiente y luego realizar una duodenoyeyunostomía laterolateral.

Piquinela (25), en los tumores yeyunales altos, aconseja la liberación del ángulo duodenoyeyunal por sección del peritoneo parietal posterior y del músculo de Treitz (maniobra de Clérmont) para lograr la movilización del ángulo duodenoyeyunal y su desplazamiento hacia adelante para facilitar la exéresis y la anastomosis. En su trabajo presenta un caso en el cual fue necesario realizar esta maniobra. Aconseja además, en caso en que haya dificultades para realizar la anastomosis, recurrir a la maniobra de la premesenterialización de la cuarta porción duodenal, lo que hace posible efectuar la misma en el plano premesentérico por delante de la arteria mesentérica superior.

b) *Cirugía con criterio paliativo.*— De los 6 casos de esta serie, 4 estaban localizados en el íleon, 1 en la válvula ileocecal y 1 en yeyuno.

Se practicaron 4 resecciones con criterio paliativo, dejando tumor en intestino, adenopatías o metástasis hepáticas.

En 2 casos se efectuó derivación interna (una enteroenteroanastomosis y una ileotransversostomía), practicándose además biopsia. Frazer (13) y Warren (39) recomiendan la radioterapia profunda abdominal sistemática en el postoperatorio de todos los tumores conjuntivos y sobre todo en los de origen linfóide.

Betoldi (3) aconseja especialmente en el linfosarcoma la resección del tumor si ella fuera posible, aun con criterio paliativo.

## II) En los tumores benignos.

En un caso (leiomioma) se realizó resección intestinal con enteroenteroanastomosis y en el otro (granuloma eosinófilo) se efectuó resección parcial, romboidal de la base de implantación del tumor y sutura de la brecha intestinal.

En caso de que el tumor benigno de delgado haya determinado una invaginación irreductible hay que efectuar resección con anastomosis terminoterminal.

## 6º) EVOLUCION Y PRONOSTICO

### I) Tumores malignos.

De los 16 tumores malignos consta la evolución de 13; mientras que de los 3 restantes se tienen sólo los datos del postoperatorio inmediato, que en todos ellos fue satisfactorio y correspondían a resección de delgado y anastomosis, desconociéndose la evolución ulterior.

Los 13 casos sometidos a control pueden estudiarse según su tipo anatomopatológico y según el criterio terapéutico utilizado.

A) *Según anatomía patológica.*— *Siete eran adenocarcinomas*, de los cuales 2 fallecieron en el postoperatorio inmediato por falla de sutura; 2 en los primeros meses, 2 a los tres años como consecuencia de carcinomatosis peritoneal generalizada. Existe además un paciente controlado a los ocho meses sin recidiva clínica, pero del que luego se desconoce la evolución.

*Tres linfosarcomas:* 1 fue un hallazgo necrópico y los 2 restantes evolucionaron de la siguiente manera: 1 falleció en el postoperatorio inmediato por falla de sutura y el otro falleció al año, con linfosarcomatosis generalizada.

*Dos carcinoides:* 1 cursa el octavo mes del postoperatorio, con un síndrome carcinóide generalizado, y el otro consultó a los dos años de la operación por una oclusión de colon, practicándosele un ano transverso y desconociéndose la evolución posterior.

*Un granuloma plasmocitario maligno:* Tiene un control a los veinte meses, sin evidencias clínicas de recidiva y no se conoce la evolución alejada.

B) *Según el criterio terapéutico utilizado.*— a) *Tratamiento quirúrgico radical.* En 4 casos de hemicolectomía derecha, efectuada con criterio radical, por tumor ileal, 2 casos fallecieron por falla de sutura, 1 falleció al año por linfosarcomatosis generalizada y 1 se encuentra en buenas condiciones a los 8 meses, no habiéndose controlado posteriormente.

En 3 casos de resección de yeyuno con criterio radical, 1 falleció por falla de sutura en el postoperatorio, otro falleció a los 8 meses por carcinomatosis generalizada y 1 sobrevivió, existiendo 1 control clínico a los 20 meses, en buenas condiciones, no constando evolución posterior.

En resumen, de los 7 pacientes en quienes se efectuó cirugía con criterio radical (hemicolectomía o enterectomía), 3 fallecieron en el postoperatorio por falla de sutura, 2 fallecieron al año y 3 años respectivamente, por diseminación tumoral y 2 evolucionaron favorablemente, con controles clínicos normales a los 8 y 20 meses, respectivamente, pero sin control posterior.

b) *Tratamiento paliativo.* Son 4 casos en que se practicó resección o derivación interna.

*Dos carcinoides*, de los cuales 1 lleva 8 meses de operado, con síndrome carcinóide maligno y el otro pasó bien 2 años, consultando entonces por oclusión de colon por diseminación tumoral, y al que se le practicó un ano transverso, ignorándose la sobrevida posterior.

*Dos adenocarcinomas*, que fueron biopsiados y se les practicó enteroenteroanastomosis e ileotransversostomía respectivamente y fallecieron por diseminación tumoral en los primeros meses del postoperatorio.

Es idóntemente el pronóstico de los tumores malignos del intestino delgado es sombrío, lo que está de acuerdo a lo manifestado por Ostermiller y col. (23) que afirman que son las neoplasias gastrointestinales de más elevada mortalidad.

Colcock y Adamson (6) manifiestan que el 44 % de los pacientes de su serie portadores de tumores yeyunales sometidos a resección y el 43 % de los ileales fallecieron en el término del primer año. Estos autores tienen una sobrevida global a los 5 años de 17,6 % y de los sometidos a resección del 27,3 %.

## II) Tumores benignos.

Los 2 tumores benignos de la serie, evolucionaron favorablemente cursando un postoperatorio inmediato y alejado sin complicaciones.

### 7º) RESUMEN

A propósito de una observación personal, se efectúa una revisión de los tumores del yeyuno-íleon tratados en el Hospital de Clínicas hasta el momento actual. Se analizan sus aspectos clínicos, radiológicos y anatomopatológicos, se consideran las directivas terapéuticas utilizadas y los resultados obtenidos.

### 8º) BIBLIOGRAFIA

1. ARDAO, A. R. e IRAOLA, M. C. Hemorragia digestiva grave por múltiples y difusas telangiectasias del intestino delgado. *An. Fac. Med. Med. Montevideo*, 90: 20-8, 1965.
2. ARRUTI, C. A. Una observación de linfocarcinoma de delgado en el niño. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 32: 178-82, 1961.
3. BETOLDI, A. y VENDRELL, A. Linfocarcinoma de intestino delgado perforado. Peritonitis generalizada. *Prensa Méd. Arg.*, 90: 2257-59, 1963.
4. BIORCK, G., AXEN, O. and THORSON, A. Unusual cyanosis in a boy with congenital pulmonary stenosis and tricuspid insufficiency. Fatal outcome after angiocardiology. *Am. Hearth. J.*, 44: 143-8, 1952.
5. CARTER, F. Carcinoma of the jejunum. Report of three cases. *Ann. Surg.*, 102: 1019-28, 1935.
6. COLCOCK, B. and ADAMSON, N. Adenocarcinoma of the jejunum and ileum. *Surg. Cl. N. A.*, 39: 737-44, 1959.
7. CUNHA, F. and DAY, B. Primary carcinoma of the jejunum. *Am. J. Surg.*, 80: 288-94, 1950.
8. CUTIER, G., STARK, R. and SCOTT, W. Lymphosarcoma of the bowell in childhood. *N. Eng. J. Med.*, 232: 665-79, 1945.
9. DARLING y WELCH. Citado por Maingot, R.
10. ETALA, E., LÓPEZ, P. y VOGOGNA, D. Adenocarcinoma del yeyuno-íleon. *Prensa Méd. Arg.*, 50: 1404-08, 1963.
11. FAULKNER, J. and DOCKERTY, M. Lymphosarcoma of the small intestine. *Surg. Gynec. Obst.*, 95: 76-84, 1952.
12. FERRARI, M. y KASDORF, H. *Linfopátías tumorales*. Ed. López y Etchegoyen S. R. L. Buenos Aires, 1957.
13. FRAZER, J. Malignant lymphomas of the gastrointestinal tract. *Surg. Gynec. Obst.*, 108: 182-90, 1959.
14. GOOD, C. A. Roentgenologic examination of the small intestine. *Texas J. Med.*, 47: 753-6, 1951.
15. GOOD, C. A. and MAC CARTHY. Clinical and Roentgenologic manifestations of tumors of the small intestine. *Proc. Mayo Cl.*, 17: 20-2, 1940.
16. HEGGS, M. Carcinoma of the jejunum; acute intestinal obstruction. *Brit. J. Surg.*, 26: 532-39, 1938-39.
17. HORSIEY, G. and MEANS, R. Leiomyosarcoma of the jejunum with two cases reports and a review of the literature. *Ann. Surg.*, 141: 799-806, 1955.
18. KARLEN, M. A. *Tumores malignos del intestino delgado*. 20ª sesión para graduados. Clínica Quirúrgica "B", Prof. Juan P. del Campo, 1957.
19. LORENZO Y LOZADA, H., AMARGÓS, A., SANGUINETTI, C. M., CASTIGLIONI TRIANÓN, C. M., GROSSO, O., RIAL, M. e IRAOLA DE SOLARI, M. Tumor carcinoide del íleon con síndrome del carcinoide maligno. *An. Fac. Med. Montevideo*, 45: 330-8, 1960.
20. MAINGOT, R. *Operaciones abdominales*. Ed. Med. Panamericana, Buenos Aires, 1966. Tomo 2º, capítulo 56: Tumores del yeyuno-íleon, 1059-079.
21. MEDINA, M., BONIFAZIO, J. P., D'AURIA, A., GÓMEZ HAEDO, C. A., CANABAL, J. y BADALA, H. A propósito de un caso de síndrome carcinoide. Sesión científica de la Soc. Med. Montevideo, 28 julio 1966.
22. NANDE ARAMBURU, U. y LABROT, J. Reticulosarcoma alto de yeyuno, con cuadro suboclusivo y oclusivo digestivo altos, simulando un síndrome pilórico. V Congreso Uruguayo de Cirugía, 422-27, 1954.
23. OSTERMILLER, W., JOERGENSEN, E. J. and WEIBEL, L. A clinical review of tumors of the small bowell. *Am. J. Surg.*, 111: 403, 1966.
24. OTERO, J. P. Hemorragias digestivas profusas. Tumor exoentérico del delgado. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 26: 476-85, 1955.
25. PIQUINELA, J. A. Tumores del intestino delgado. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 28: 441-44, 1957.
26. PRIDGEN, J., MAYO, CH. and DOCKERTY, M. Carcinoma of the jejunum and ileum exclusive of carcinoid tumors. *Surg. Gynec. Obst.*, 90: 513-24, 1950.
27. RADFORD, TH. Tumors of the small intestine. *Arch. Surg.*, 29: 122-77, 1932; 29: 321-55, 1932.
28. RANKIN, F. and OLSON, P. The hopeful prognosis in cases of carcinoma of the colon. *Surg. Gynec. Obst.*, 56: 366-74, 1933.
29. RAPPORT, M. Serum vasoconstrictor (Serotonin). *J. Biol. Chemest.*, 180: 961-69, 1949.
30. RASZKOWSKY, H. and KENT, K. Leiomyosarcoma of the jejunum. *Surg. Gynec. Obst.*, 104: 280-6, 1957.
31. RUVERTONI, F. y LARGHERO IBARZ, P. Linfocarcinoma del íleon. *An. Fac. Med. Montevideo*, 14: 590-604, 1929.

32. SANGUINETTI, C. M. y LORENZO y LOZADA, H. Serotonina, tumor carcinoide (argentafinoma) y síndrome carcinoide. *An. Fac. Med. Montevideo*, 46: 163-201, 1961.
33. SJOERDSMA, A. and WEISSPACH, H. A clinical, physiologic and biochemical study of patients with malignant carcinoid. *Am. J. Med.*, 20: 520-32, 1956.
34. SOMERVILLE, PH. Perforation of the adenocarcinoma of ileum. *Brit. J. Surg.*, 39: 71-3, 1951-52.
35. STRAUCH, G. Small bowell neoplasm elusive source of abdominal symptoms. *Surg.*, 55: 240-7, 1964.
36. STRHOL, L. and DIFFENBAUGH, W. Primary tumors of the small bowell. *Arch. Surg.*, 74: 709-18, 1957.
37. URELES, A. L. ALSCHIBAJA, TH., LODICO, D. y STABINS, S. J. Infiltración eosinófila idiopática del tubo digestivo difusa y circunscrita. *Progresos de Patología y Clínica*, 9: 635-48, 1962.
38. VALLS, A. y CASSINELLI, J. F. Linfosarcomas del intestino delgado. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 32: 81-94, 1961.
39. WARREN, K. Malignant lymphoma of the duodenum, small intestine and colon. *Surg. Cl. N. A.*, 39: 725-35, 1959.

## DISCUSION

*Dr. Latourrette:* Quiero referirme, en lo que respecta a los carcinoides, a un hecho que les es muy particular e interesante, y es que, extirpada la lesión primitiva, las metástasis hepáticas por una razón que aún no se sabe muy bien, entran en una especie de letargo, y aunque no desaparezcan, no evolucionan como en el caso de las metástasis de los otros tumores. De ahí que cuando se opere un enfermo, por ejemplo en oclusión, el hecho de encontrar metástasis hepáticas no debe frenar al cirujano a hacer una resección en el acto quirúrgico, porque si el estudio anatomopatológico demuestra a posteriori que se trata de un calcinoide, las metástasis esas no van a seguir evolucionando como evolucionan las otras metástasis.

*Dr. Valls:* Nosotros hemos tenido contacto con este tema, como lo destacó también el relator, cuando presentamos un trabajo sobre linfosarcoma de intestino delgado donde presentamos un reticulosarcoma.

En los reticulosarcomas en vez de haber formas oclusivas ocurre lo que pasó en aquel caso: varias perforaciones intestinales. Con formas de crecimiento de la submucosa que dilatan al intestino, característica de estos tumores. Toman una consistencia de pelota de celuloide y después se perforan.

Existen otras formas cuando crecen en la mucosa, de tipo polipoide, que por peristaltismo intestinal pueden dar oclusión por invaginación o por infiltración de la pared.

Hemos tenido también anteriormente, tumores de tipo epitelial benignos. Me acuerdo de un adenoma que le hizo la anatomía patológica, el Dr. Domínguez, era un enfermo que lo operaron por una invaginación intestinal, que tenía una necrosis de delgado masiva, y la cabeza de la invaginación era un adenoma.

Después hemos colaborado con el Dr. Liard en un caso muy interesante que tenía un cuadro de tipo oclusivo, una tumefacción de fosa ilíaca derecha que fue operada de urgencia; él solicitó mi colaboración y se le hizo la extirpación de la última asa ileal y del colon ascendente que tenía una poliposis de delgado extensiva. Después radiológicamente se comprobó en el estómago una poliposis; además una pigmentación melánica peribucal, correspondiendo esto a un síndrome de Peutz-Jeghers que se va a presentar.

Con respecto al estudio radiológico, evidentemente la radiología fuera de sus complicaciones de cuadro oclusivo hasta ahora, da poco. Pero actualmente se están haciendo nuevos estudios radiológicos que abren nuevas esperanzas, entre ellos el estudio arteriográfico.

Hace poco fue mostrado en la Clínica del Prof. Ardao un libro en francés, y se puede ver la irrigación de los tumores de los papilomas y de los adenomas perfectamente bien y pueden contribuir a hacer un diagnóstico lesional.