

LIPOMA ENDOFITICO DEL DUODENO

Dr. Silvio R. Zúñiga *

M. V. B. B., mujer de 52 años, de oficios domésticos y residente en esta capital, ingresó a la 2 M. de M. del Hospital General de Tegucigalpa el 14 de agosto de 1969.

Síntoma principal: Agotamiento.

E. A.: En julio de este año notó adinamia que interfería con sus ocupaciones cotidianas que fue acentuándose en forma progresiva al grado de no, poder realizar sus trabajos domésticos; su cansancio era tan intenso que se veía obligada a encamarse para luego continuar en sus tareas hasta adquirir una coloración amarillenta, según sus propias labores. Simultáneamente comprobó palidez cutánea que se ha ido acentuando. A estas dos manifestaciones se unió la anorexia.

A principios de agosto inició cuadro febril con elevaciones de 0,5 a 1°C, de aparición diurna, cotidiana y que en la noche remitía con abundante diaforesis ocasionada por antitérmicos. La fiebre persistía hasta el momento de su ingreso.

Tres días antes de su hospitalización su cuadro empeoró, siéndole imposible mantenerse erguida pues en esta posición se presentaban vértigos con estado nauseoso.

F. O. G.: Anorexia acentuada. Sueño intranquilo. Orina y sed normales. Defecaciones ocasionalmente negruzcas.

Enfermedades anteriores: Fiebre tifoidea hace 19 años. En octubre de 1968 tuvo un cuadro semejante al actual pero recibió tratamiento a base de inyecciones y de hierro con lo que mejoró.

Ants. G-O.: Menarquía a los 12 años, menstruaciones 30/3; última regla ocurrió hace 4 años. Sólo un embarazo que le dio un hijo que actualmente tiene 22 años.

Revisión de síntomas: Cefalea frontal suave, palpitations intensas en el cuello, disnea al ejercicio ligero.

EXAMEN FÍSICO

Paciente en la 6ª década, con edades coincidentes, lúcida, cooperativa, exageradamente pálida (coloración cérea) y que da la impresión de estar crónicamente enferma.

P. A.: 110/50. P.: 100 p. m. R.: 24 p. m. Peso: 120 libras. T.: 38°C

Los datos anormales comprobados durante el examen físico fueron:

Palidez acentuada de piel y mucosas.

Pulsos carotídeos frecuentes e intensos, con soplos sistólicos en ambos lados.

Soplo sistólico grado II en focos aórtico y pulmonar comprobables en posición sentada y que desaparecen en el decúbito.

Al efectuar el tacto rectal el guante sale manchado con heces negruzcas.

* Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital General de Tegucigalpa.
Catedrático de Enseñanza Quirúrgica de la Facultad de Ciencias Médicas.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y
EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA

- 15-VIII Heces: Sangre oculta fuertemente positiva.
- 18-VIII Hay nota que dice que se trata de una anemia post-medular y que hay evidencia de sangrado gastrointestinal. Se investigará neoplasia de colon derecho o gástrico y uncinariasis.
- 20-VIII Enema baritado: El bario pasó fácilmente desde el recto hasta el ciego. No hay alteraciones orgánicas en el intestino grueso. Dr. Rivera.
- 22-VIII Tránsito G-D: esófago, estómago y duodeno normales. En la región inicial del yeyuno observamos que el intestino muestra una zona de dilatación con separación de los pliegues de la mucosa, lo que sugiere la existencia de una masa intraluminal. Hay que confirmar este hallazgo mediante un examen del intestino delgado.—Dr. Rivera.
- 26-VIII Tránsito intestinal: En el examen de intestino delgado observamos que este órgano es normal y la columna baritada pasa en tiempo normal desde el estómago al ciego. Con este examen se descarta la presencia de tumor en el intestino delgado.—Dr. Rivera.
- 30-VIII Pulmones: No hay evidencia de patología pleuropulmonar ni cardiovascular.—Dr. Pereira.
- 2-IX G. R.: 3.220.000 mm³. G. B.: 6.000 mm⁸. Hg: 4,8 gm. 7< . Ht: 17 vols. % . N-73% . L-27% . Reticulocitos: 6,4%.
- 3-IX Heces: Sangre oculta positiva.
Hay nota que dice: "Se discutió el caso en correlación clínico base con el Hematólogo. Definitivamente existe un sangrado oculto cuyo origen no se ha podido determinar. Se estudiará con este fin y también para eliminar un probable déficit de absorción".
Rectosigmoidoscopia: Hasta 26 cms. la mucosa es de aspecto y coloración normales. No hay úlceras ni tumoraciones.—Dr. Haddad.
- 5-IX Acidimetría gástrica con estímulo alcohólico: en la primera muestra no hubo acidez libre,, en la segunda hubo 50°, en la tercera 132° y en la cuarta 80°.
- 9-IX G. R.: 3.050.000 mm³. G. B.: 8.850 mm⁸; Hg: 7,8 grn.%. Ht: 29 vols.%. **N-76%**. E-2%. L-20% . M-2% .
- 12-IX Fue vista en clase con un Catedrático de Medicina Interna sin llegar a ningún diagnóstico. Colecistografía: La vesícula es normal.—Dr. Rivera.
- 17-IX T. de Protrombina: 11". Más del **1009** Plaquetas: 332.000 mm³.
Retracción del coágulo: 74%.
- 18-IX Hg: 10,9 gm.%. Ht: 35 vols.% . Reticulocitos: 1,2%.
Sangre oculta en heces: Positiva débil.

Tránsito G-D.: En este nuevo examen volvemos a encontrar la presencia de una masa intraluminal de 10x5 cm. que ocupa la región inicial del yeyuno. Creemos que se trata de un tumor del intestino delgado.—Dr. Rivera.

El 21 de octubre, sin que el Medito tratante conociera el resultado de este examen, fue dada de alta la paciente con los diagnósticos de 1) anemia microcítica hipocrómica y 2) parasitismo intestinal. Estuvo interna por 38 días.

Se le trató con inferón 20 a 25 mí. disueltos en 1 litro de suero glucosado al 5% en 4 días seguidos (del 26 al 29-VIII).

Durante los 20 primeros días de su internamiento cursó febrícula que en ocasiones llegó a 38°. En los 18 restantes días su temperatura **fue normal**.

Ya estando exhospitalizada fue vista en Consulta Externa del mismo centro. Un examen de heces resultó débilmente positivo por sangre oculta y un control radiológico de tránsito fue informado así: No se descubre patología orgánica en el esófago, estómago ni duodeno. En el tránsito intestinal observamos que la parte inicial del yeyuno hay un pequeño sector que muestra franca dilatación e irregularidad de la **mucosa**.—Dr. Corrales.

Se me llamó en **interconsulta** por el Dr. Rolando Lara quien había puesto en Consulta Externa la siguiente nota: Hay historia de melena y los exámenes de heces muestran sangre oculta fuertemente positiva; me parece palpar una masa epigástrica de consistencia dura. Seguimos pensando en una neoplasia digestiva.

El día 1º de noviembre fue vista por nosotros y no constatamos la presencia de ninguna tumoración epigástrica. Asentamos la siguiente nota:

"A petición del Dr. R. Lara hemos visto a esta paciente y hacemos las siguientes consideraciones: 1) Existe una anemia microcítica hipocrómica, 2) Probablemente obedece a un sangrado externo, 3) Este sangrado externo lo ubicamos en tubo digestivo alto (melena), 4) Radiológicamente tenemos dato de una tumoración intrínseca del yeyuno inicial. Inferimos de estos datos que hay una tumoración yeyunal intraluminal probablemente pediculada que ha sufrido ulceración, a través de la cual ha habido sangrado crónico que ha **conducido** a la mencionada anemia. En lo referente a la etiología de la tumoración pensamos que es de origen mesenquimatoso y, entre ellas, creemos se trata de un leiomioma. Para asentar una segunda posibilidad mencionamos un lipoma ulcerado de igual localización. Aceptamos la responsabilidad del caso y creemos que el siguiente paso obligatorio tiene que ser la exploración quirúrgica."

Fue nuevamente internada, esta vez en un Servicio Quirúrgico, donde se hicieron nuevas evaluaciones laboratoriales, electrocardiograma y **transfusión** de sangre. Fue **laparotomizada** el 5 de noviembre de 1969.

1.—Se penetró en cavidad peritoneal por incisión paramedia izquierda supraumbilical trans-rectal y de una longitud de 15 cm,

2.—Al dirigirnos a la primera asa yeyunal constatamos la presencia de una tumoración intraluminal de 4x5 cm. y de eje mayor longitudinal (Fig. 1). Su consistencia era blanduja y con ciertas irregularidades en su superficie que podrían ser **lobulaciones**. Su movilidad dentro del yeyuno era franca y nos alegramos comprobar que estaba independiente del ángulo duodeno-yeyunal, ya que su polo **próxima!** distaba como 3 cm, del mismo, condición que consideramos propicia para su extirpación, si

es que nos decidíamos por una resección intestinal. Sin embargo, la palpación cuidadosa de este polo superior demostró la existencia de un pedículo que penetraba en la 4^a porción del duodeno. Esto nos demostró que la tumoración era pediculada y, por tanto, no originada en yeyuno sino, más bien, en la 4^a porción mencionada. A disgusto nos decidimos a liberar el ángulo duodeno-yeyunal para poder trabajar más libremente en el duodeno y, **mientras** iniciábamos esta liberación, sorpresivamente notamos que el tumor había desaparecido del yeyuno. Lo buscamos manualmente en la 4^a porción del duodeno y no lo encontramos; igual hicimos en la 3^a y en la porción inframesacólica de la 2^a y tampoco lo descubrimos. Por ello tuvimos la sospecha que procedía de más arriba y pasamos a buscarlo en la porción supramesacólica del duodeno.

3.—Sobre la cara anterior de la 1^a porción del duodeno constatamos una infundibulización que la palpación demostró corresponder al punto de implantación de un pedículo de 2 cm. de longitud y a continuación de él encontramos la tumoración que anteriormente estaba ubicada en yeyuno (Fig. 2). Al empujar hacia arriba la tumoración el infundíbulo desaparecía; al fraccionarlo hacia abajo reaparecía la depresión. De ello inferimos que la tumoración pediculada traccionaba la porción libre del duodeno y progresivamente invaginaba el duodeno y el extremo distal del estómago, hasta lograr que la tumoración avanzara hasta la primera porción del yeyuno, de donde no pasaba porque la fijeza del resto del duodeno lo impedía. Al invaginarse la curvatura normal del duodeno era parcialmente rectificada.

4.—Tomando en cuenta que, según estadísticas, toda tumoración de la 1^a porción del duodeno es benigna, nos decidimos a practicar una duodenotomía siguiendo el eje mayor del mismo, inmediatamente por delante del punto de implantación del pedículo. Logramos exteriorizar la tumoración (Fig. 3) y rectificamos los caracteres que habíamos comprobado por la palpación a través del yeyuno. Se notó la presencia de ulceraciones en número de tres, una de ellas de mayor dimensión, pero que aparentemente sólo se extendían en superficie, sin penetrar profundamente en la tumoración.

5.—Resecamos la tumoración extrayendo un huso de la pared duodenal correspondiente a la implantación del pedículo.

6.—Hicimos duodenorrafia transversal para no disminuir calibre intestinal y la efectuamos en dos capas (Fig. 4). No se comprobó ninguna otra anomalía."

La paciente tuvo un postoperatorio normal y en el 10^o día postoperatorio fue dada de alta para continuar su control en Consulta Externa.

El informe **anatomopatológico** fue: lipoma con reacción adenomatosa.

COMENTARIO

Los tumores benignos del intestino delgado son raros. Raiford (1) descubrió 88 casos entre 56.500 sujetos en el Johns Hopkins (0,15% de incidencia).

Si queremos obtener la localización y su tipo histológico, podemos recurrir a los 1.399 casos colectados por River y Asoc. (2). En esta

serie la distribución de los tumores benignos por segmentos del intestino delgado fue la siguiente:

Ileum	597
Yeyuno	275
Duodeno	198
Unión ileocecal	17
Múltiples localizaciones	119
Sin especificación	193

Esto da al duodeno un 14,1% de incidencia entre los tumores benignos de todo el intestino delgado.

El tipo histológico de los 198 tumores benignos del duodeno se distribuyó en la siguiente forma:

Adenomas	92
Lipomas	35
Miomas	32
Fibromiomas	13
Hemangiomas	8
Fibromas	6
Otros	12

Tiene que concluirse que en esta serie los lipomas ocupan el segundo lugar en frecuencia con un 17,6%.

Los lipomas de intestino delgado pueden ser múltiples o solitarios. A veces son muy grandes pero su crecimiento es lento en la mayoría de los casos. En el 85% de los casos son intraluminales (3). Ordinariamente la mucosa se presenta intacta y el tumor tiene tendencia a pediculizarse; a veces el pedículo se rompe y el tumor es defecado o se detiene en algún punto de su trayecto, en el cual produce obstrucción mecánica. Usualmente arranca del tejido areolar de la submucosa o de la subserosa.

Por la rareza de su ocurrencia, los síntomas iniciales de los tumores meramente funcionales. Los tumores benignos del duodeno suelen manifestarse por sangrado externo o por obstrucción mecánica intermitente, parcial o completa. Muchos son asintomáticos e incidentalmente se descubren. Según Machella (3) el Médico debe estar "consciente del intestino delgado" cuando se confronte con una anemia inexplicable y con reacciones positivas de sangre oculta en heces. Cuando el tumor es un lipoma y ocurre en el duodeno, puede ocasionar un síndrome que recuerda al que produce una úlcera péptica de esta localización y aún pueden presentarse hemorragias masivas que asemejan a las que complican a ésta. Por condiciones anatómicas, la invaginación no se informa en los lipomas duodenales y, por el contrario, es muy frecuente en los lipomas de otras localizaciones en intestino delgado.

El diagnóstico de tumoración duodenal puede ser efectuado por medio del tránsito duodenal de la papilla baritada pero sin profundizar su tipo histológico ni el carácter de benigno o maligno. El cirujano puede inclinarse al diagnóstico de lipoma por su tendencia a pediculizarse, por la consistencia suave de la tumoración y por el color amarillento de la grasa. Sin embargo, sobre el estudio microscópico dará el diagnóstico final.



Fig. 1.—Asa yeyunal con tumor intraluminal de 4x5 cms.

Fig. 2.—Pedículo tumoral implantado en la primera porción del duodeno

Fig. 3.—Exteriorización quirúrgica del tumor. Fig.

4.—Duodenorrafia transversal en dos capas.

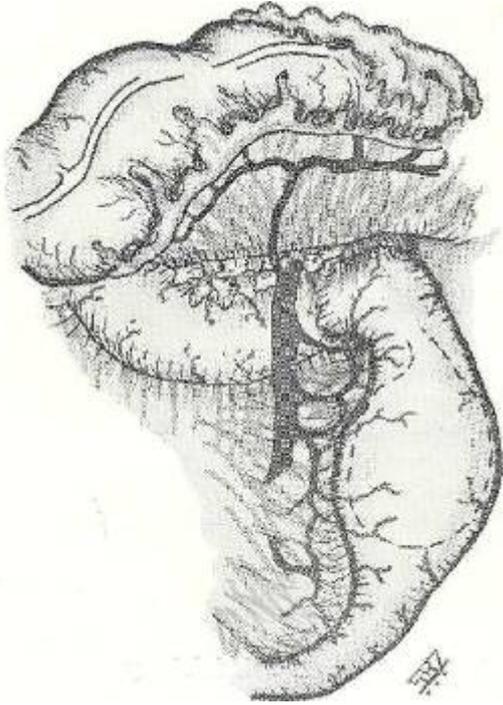


FIG. 1

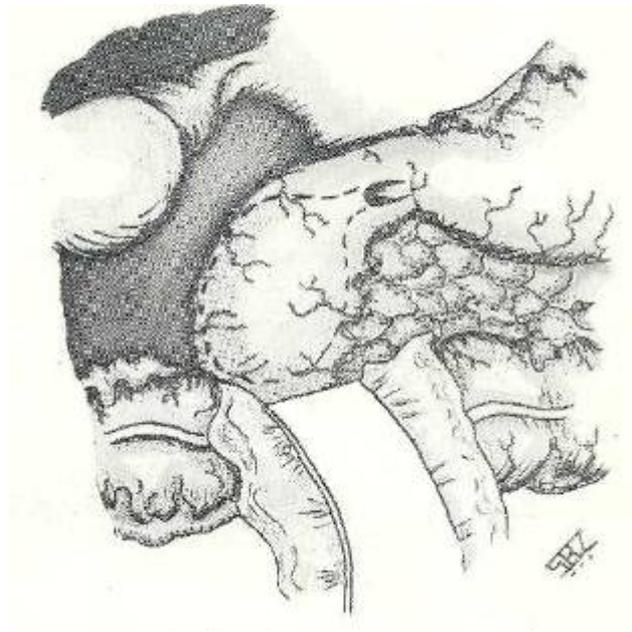


FIG. 2

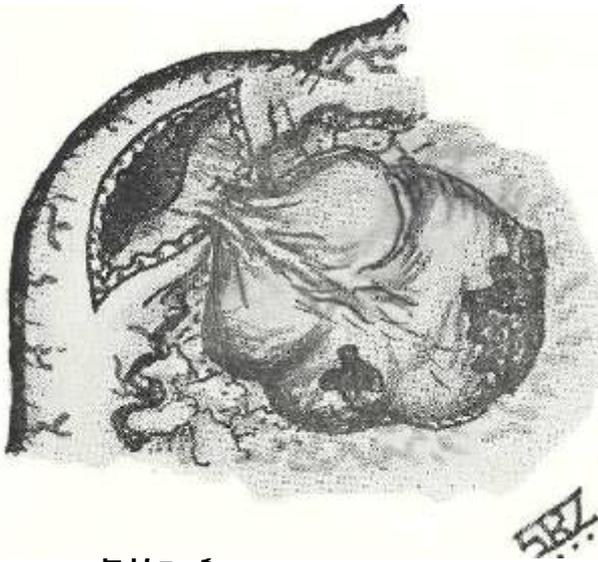


FIG. 3

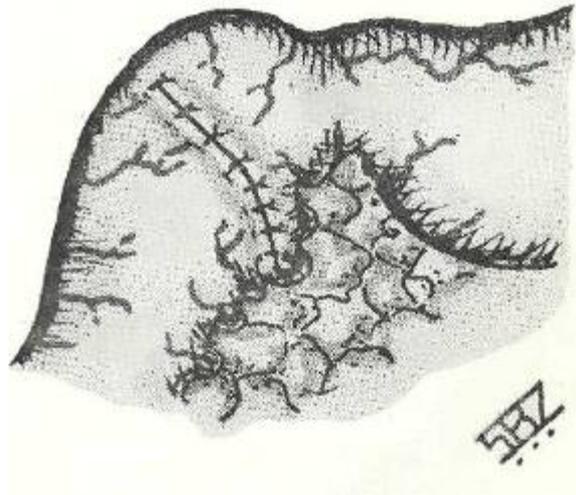


FIG. 4

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—RAIFORD, T. S.: Tumors of the small intestine. *Ach. Surg.* 25: 122, 1932.
- 2.—RIVER, L.; SILVERSTEIN, J. y TOPE, J. W.: Benign neoplasma of the small intestine; a critical comprehensive review with reports of 20 new cases, *Internat. Abstr. Surg.* 102: 1, 1956.
- 3.—MACHELLA, T. E.: Tumors of the small intestine. *Bockus Gastroenterology*. Tomo II: 177. W. B. Saunders Company. Filadelfia y Londres, 1964.