

❖ TUMORES DE INTESTINO DELGADO

Dr Mariano Dioca (Médico Oncólogo)

Dr Xavier Taype (Médico Cirujano)

Dra Alejandra Llontop (Médica Patóloga)

● INTRODUCCIÓN Y EPIDEMIOLOGIA

Se trata de tumores raros, que en su totalidad representan aproximadamente entre el 1 y 5% de todos los tumores malignos digestivos. Los tumores benignos más frecuentemente encontrados son los adenomas, leiomiomas, lipomas y hamartomas. Entre los tumores malignos, existe una variedad patológica también amplia. Los más frecuentemente reconocidos son el adenocarcinoma 35-50% y los tumores neuroendocrinos 30-40%.

Otros tumores malignos también reconocidos son el GIST (tumor del estroma gastrointestinal), el linfoma (usualmente la variante no Hodgkin) y los sarcomas.

Las localizaciones más frecuentes de presentación de estos tumores son el duodeno (55-82%), el yeyuno (11-25%) e íleon (7-17%)

Se tratará particularmente a los adenocarcinomas debido a que los mismos son los de mayor incidencia en la literatura publicada. Los tumores neuroendocrinos al igual que los GIST merecen un tratamiento especial en capítulo separado debido a su diferente comportamiento, pronóstico y tratamiento

Se estima que la incidencia de los adenocarcinomas de intestino delgado en Estados Unidos es de 5300 nuevos casos por año, mientras que en Europa ronda los 3600.

Si bien no se reconocen factores de riesgo de asociación directa, los siguientes se presentan con una frecuencia mayor en el grupo estudiado:

- Sexo masculino predominante sobre el femenino
- 6ta década de la vida
- Consumo de alcohol, tabaco, azúcar, hidratos de carbono, carnes rojas y comidas ahumadas
- Pacientes con enfermedad celiaca (presentan riesgo incrementado de padecer linfoma intestinal)
- Pacientes con antecedentes de cáncer de colon
- Pacientes con enfermedad de Crohn (presentan un riesgo mayor de padecer cáncer de intestino delgado)
- Causas hereditarias
- Poliposis Adenomatosa Familiar
- Cáncer colorectal hereditaria no poliposo
- Síndrome de Peutz-Jeghers
- Poliposis asociada a mutación del gen MUTYH
- Fibrosis Quística

- **DIAGNÓSTICO**

La presentación clínica y por lo tanto el diagnóstico, suele ser tardío debido a que los síntomas suelen ser inespecíficos.

El síntoma más frecuente al diagnóstico es el dolor abdominal (2/3 de los pacientes). El 40% debuta como una oclusión intestinal mientras que el 25% lo hace con sangrado.

En líneas generales, los diagnósticos suelen hacerse por endoscopia digestiva alta en un 28%, por cirugía en un 26%, en un tránsito baritado 22%, tomografía computada (18%), ecografía y examen físico en 3%.

El 35% de los pacientes con tumores malignos de intestino delgado, presentan enfermedad avanzada al momento del diagnóstico. Y el 39% suelen tener adenopatías mesentéricas al momento del diagnóstico

Los métodos diagnósticos más frecuentemente utilizados cuando el paciente no debuta con un cuadro agudo y permite el estudio del mismo, involucra desde el tránsito de intestino delgado con contraste baritado, que alcanza un 50% de sensibilidad, pasando por la tomografía computada que tiene una tasa de precisión del 47%.

A modo de concepto, el inicio del estudio del intestino delgado debería iniciarse siempre en presencia de un sangrado digestivo de territorio oscuro con endoscopia altas y bajas ya realizadas normales.

Es interesante el papel que han desarrollado en los últimos años las técnicas de enterotomografía y enterorresonancia, gracias al desarrollo de moderna aparatología de alta definición. Para los mismos, la sensibilidad en la detección de tumores intestinales es del 85-95% y 86% y la especificidad de 90-96% y 98% respectivamente.

Los estudios endoscópicos del intestino delgado incluyen a la video cápsula endoscópica, cuya sensibilidad y especificidad es de 89-95% y 75-95% respectivamente, y la enteroscopia de doble balón que solo se la recomienda en aquellos casos que se requiera biopsia de lesión o se requiera tatuaje de lesión y debe realizarse luego de ya tener una video cápsula endoscópica.

Otros métodos complementarios que se utilizan una vez diagnosticado el tumor de intestino delgado y solo como valor pronóstico a modo de tener un parámetro basal es la solicitud de CEA y CA 19.9

- **ESTADIFICACIÓN Y PRONÓSTICO TNM**

T

Tx No se puede asegurar presencia de tumor primario

T0 No hay evidencia de tumor

- Tis Displasia de alto grado/Carcinoma in situ
- T1 Tumor invade la lámina propia, muscular mucosa o submucosa
- T1a Tumor invade muscular propia o muscular de la mucosa
- T1b Tumor invade la submucosa
- T2 Tumor invade la muscular propia
- T3 Tumor invade la subserosa o en el tejido perimuscular no peritonizado (mesenterio o retroperitoneo)
- T4 Tumor perfora el peritoneo visceral o invade directamente órganos vecinos (loop de intestino delgado a más de 2 cm del tumor primitivo, pared abdominal, páncreas, etc.)

N

- Nx No se puede determinar presencia de ganglios linfáticos
- N0 No hay ganglios linfáticos comprometidos
- N1 Metástasis en 1-2 ganglios linfáticos
- N2 Metástasis en 3 o más ganglios linfáticos

M

- M0 No hay metástasis a distancia
- M1 Presencia de metástasis a distancia

Estadificación (Ver Tabla 1)

El pronóstico del adenocarcinoma del intestino delgado suele ser pobre a 5 años con una supervivencia global de 14 a 33% según los reportes bibliográficos.

Para el estadio I cuya incidencia es del 4 al 12%, el pronóstico de supervivencia a 5 años es del 50-60%; para el estadio II con una incidencia del 14 al 33% es del 40 al 55%; para el estadio III con una incidencia del 19 al 27% es de 10-40% y para el estadio IV, con incidencia de 30 a 46%, es de 3 a 5%.

Actualmente la única terapéutica efectiva con intención curativa es la resección completa R0 en presencia de un tumor resecable sin signos de extensión local o a distancia.

El factor pronóstico más importante para la evaluación del adenocarcinoma de intestino delgado es la invasión de los ganglios linfáticos. El número afectado de los mismos es un valor pronóstico y la mayor afectación de ganglios es un predictor significativo en la supervivencia total.

- **TRATAMIENTO**

Debido a la infrecuencia de estos tumores se recomienda la decisión en comité multidisciplinario de tumores la mejor táctica y estrategia para el tratamiento multimodal.

La conducta inicial es quirúrgica resectiva, siempre y cuando el tumor sea resecable y la resección completa (R0), con linfadenectomía mesentérica de estadificación.

En caso de que se presente un paciente con un estadio avanzado metastásico se sugiere solo realizar resección si presenta alguna complicación: oclusión, perforación o sangrado. Caso contrario se podrá optar por ostomías de descarga y superada la oclusión pensar en esquemas quimioterápicos.

Si el tumor se presentase técnicamente irresecable inicialmente, la evaluación de realizar una neoadyuvancia de tres ciclos y posterior re-exploración para evaluar resecabilidad debería ser discutido en un comité multidisciplinario.

Si el tumor se localizara en el duodeno, la cirugía de elección es la Operación de Whipple. (Duodenopancreatectomía cefálica)

Para las localizaciones yeyuno ileales, la resección segmentaria con linfadenectomía y anastomosis de primera intención es la recomendada. Cuando la localización es próxima a la válvula ileocecal o sobre la última asa yeyunal, la cirugía recomendada es la colectomía derecha.

En el caso de tumores localmente resecables no hay evidencia científica que avale un régimen adyuvante estándar debido a la falta de ensayos controlados. Aquellos que reciben esquemas adyuvantes, suelen tener mayor riesgo de recurrencia de enfermedad, basado en los factores pronóstico.

El valor de la quimiorradioterapia es muy discutible, con resultados que no mejoran la supervivencia.

No existe clara recomendación para la utilización de radioterapia en las resecciones R1 o R2.

La evidencia bibliográfica, sugiere que no hay ningún beneficio en la quimioterapia adyuvante luego de la resección potencialmente curativa.

En aquellos pacientes con alto riesgo de recurrencia de enfermedad, definido como tasa de ganglios linfáticos/ganglios sin metástasis, es >10%, la terapia adyuvante aparece como la opción que podría mejorar la tasa de supervivencia global.

Los esquemas quimioterápicos de mayor eficacia reportada se basan en el uso de fluoropirimidinas y oxaliplatino en adenocarcinoma avanzado, aunque todavía se están conduciendo diferentes estudios, entre ellos el BALAD que evaluará la observación vs la quimioterapia adyuvante en adenocarcinoma luego de una resección R0.

En el caso del adenocarcinoma metastásico de intestino delgado, solo muy pocos han publicado el tipo de quimioterapia utilizada; probablemente debido a la falta de trabajos prospectivos multicéntricos y la poca casuística publicada en la literatura.

No hay consenso respecto que la quimioterapia prolongue la supervivencia global, aunque sigue siendo el Gemcitabine y la quimioterapia basada en irinotecan superior al 5FU como monoterapia. Otros esquemas: Capecitabine asociado a oxaliplatino; V5FU2, FOLFOX

ESTADIO	T	N	M
0	Tis	N0	M0
1	T1, T2	N0	M0
2A	T3	N0	M0
2B	T4	N0	M0
3A	Cualquier T	N1	M0
3B	Cualquier T	N2	M0
4	Cualquier T	Cualquier N	M1

Tabla 1.