

## UN CASO DE MIXOSARCOMA DEL INTESTINO DELGADO

por el doctor

**SOLÁ SURIS**

Médico de Guardia por oposición del Hospital Clínico  
de la Facultad de Medicina de Barcelona

El sarcoma del intestino delgado es uno de los tumores abdominales de más difícil diagnóstico. Todas las variedades histológicas del sarcoma pueden presentarse en el intestino delgado, pero el más frecuente es el linfosarcoma; le sigue después el sarcoma de células redondas y considerado como excepcional el mixosarcoma (CONDORELLI) (7).

El examen de las piezas patológicas revela la invasión de la mucosa y de la muscular por la neoplasia que acostumbra a respetar la serosa. El desarrollo asienta generalmente a nivel de los linfáticos del intestino extendiéndose por la submucosa el eje longitudinal del mismo. La mayor parte de los autores afirman se trata de tumores de crecimiento rápido, voluminosos, que se acompañan de infección precoz ganglionar y dan origen a metástasis.

FULLERTON (10), cita un caso de invaginación intestinal por tumor y cuyo diagnóstico histológico es de sarcoma globo celular; a los dos meses vuelve a intervenir y encuentra numerosos tumores situados en el borde intestinal junto a la inserción mesentérica a modo de siembra metastásica.

BRUN (4) ha observado esta clase de tumores en el niño y afirma que la invasión ganglionar es frecuente en el 75 por 100 de casos. En nuestro caso la invasión de los ganglios era muy manifiesta a pesar de no tratarse de un linfosarcoma. CRAIZ (9) hace notar el carácter de dureza de estos ganglios y la vascularización exagerada en el mesenterio coincidiendo con la opinión de MATTHAES (5) y ROBB (6).

El sarcoma del intestino no da estenosis sino cuando está muy desarrollado y su aparición es siempre tardía; más bien existe una dilatación por distensión de la pared intestinal ocasionada a su vez por infiltración neoplásica de la capa muscular y parálisis de la misma que se traduce por atonía del segmento afecto.

La mucosa permanece sana durante mucho tiempo; la ulceración ha sido observada, pero cuando existe es cuando el desarrollo del tumor es muy avanzado pudiendo dar origen a grandes hemorragias. La ulceración de la masa tumoral, la supuración y la peritonitis consecutiva han sido observadas.

LORIA (11) cita un caso en que había una peritonitis purulenta acompañada de una hiperleucocitosis de 35.000 por m.<sup>3</sup> y con un 76 % de neutrófilos.

El diagnóstico casi nunca se hace hasta después de la laparotomía o constituye un hallazgo de la autopsia. SMOLER (16) en 13.036 autopsias efectuadas en Praga observó 13 casos de sarcoma del intestino delgado, NOTHNAGEL en Viena refiere 12 casos.

Casi como dice SIMONCELLI (13) el diagnóstico se apoya en un cuadro de crisis obstructivas pasajeras y más o menos intensas; son incompletas, ya que la estenosis total no acostumbra a presentarse.

SCHMIDT (8) nos habla de edemas en las extremidades inferiores de presentación precoz y que traducen una manifestación de caquexia o bien refieren su origen a la compresión de la vena cava inferior por el tumor o con más frecuencia por los ganglios retroperitoneales infartados. A veces el único síntoma es un dolor abdominal difuso, otras el cuadro sintomático está representado por una melena poco intensa. No siempre se nota la presencia de una masa tumoral al explorar.

La caquexia precoz, los dolores abdominales difusos, periumbilicales a veces, la imagen radiológica con dilatación de la zona afecta (REICHE) correspondiente a la atonía y distensión de la pared intestinal, como dice NOTHNAGEL, pueden en alguna ocasión sentar el diagnóstico. Los carcinomas y la tuberculosis intestinal difusa son de muy difícil diferenciación.

LIBMAN (2) habla de la posible y frecuente confusión con la apendicitis.

La tuberculosis ganglionar mesentérica se confunde a menudo como en un caso referido por BRUN (4).

Algunos autores como CRAIZ (9), CONDORELLI (7), FULLERTON (10), dan gran importancia al estado de caquexia y al crecimiento rápido para diagnosticar esos tumores, pero la mayor parte de los casos no son claros en su sintomatología y se confunde con otros síndromes (RANKIN) (12).

La evolución acostumbra a ser rápida y poco favorable; esta evolución fatal que Van Hook hace resaltar, ha sido observada por todos los autores menos por L'EXUEL, que cree que el sarcoma es muy grave cuando tiene su origen en los ganglios linfáticos, y reviste poca gravedad cuando su origen radica en el tejido linfático del intestino; pues entonces las metástasis son tardías, así es que interviniendo precozmente la generalización es rara y la curación posible.

ROBB (6) refiere casos de muerte después de la ope-

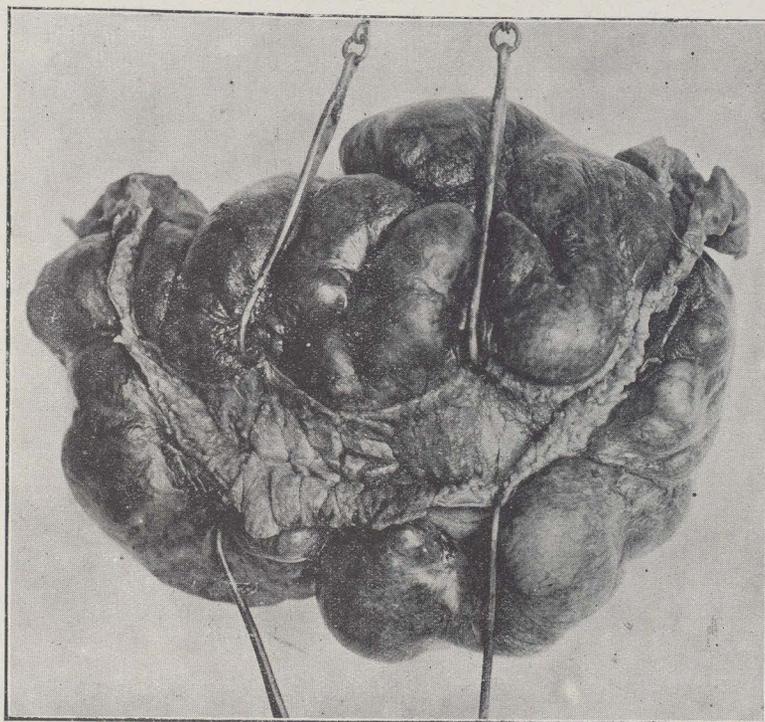
ración por una agravación súbita a los pocos días o semanas debido a hemorragias.

La gravedad de estos tumores es manifiesta, depen-

HISTORIA CLINICA

J. C. S., de 11 años de edad. Natural de Granada.

Antecedentes: Ha padecido estreñimiento desde su niñez



Fotografías de la Pieza patológica del caso historiado

diendo no solamente del carácter tumoral, sino también del acto operatorio que es difícil por la exagerada vascularización, por el volumen de la neoplasia, por el estado caquético del paciente y por la extensa resección intestinal que debe llevarse a cabo.

hasta hace un año aproximadamente. Desde la edad de tres años viene padeciendo dolores abdominales.

El dolor era muchas veces periumbilical, en ocasiones ha aumentado de intensidad acompañado de ligera fiebre, vómitos, ausencia temporal de evacuación intestinal sin que se apreciase distensión abdominal.

A) A su ingreso en la Clínica de *Operaciones* refiere el padre del paciente que hace tres días ha presentado una crisis de las citadas, al final de la cual sobrevino una evacuación intestinal que calmó las molestias, era una deposición líquida y tenía un color negruzco.

La exploración denotaba ligera defensa muscular con dolor provocado periumbilical. Lengua saburral, además presentaba astenia, anorexia y oliguria.

Intervenido el 9 de mayo de 1930, creyendo en una apendicitis?... Apendicectomía por Roux disociando a lo Mac-Burney.



Folículos linfoides de la capa submucosa  
Coloración por el método de Del Río Hortega

Apéndice muy vascularizado sin lesiones macroscópicas evidentes, meso adherido al ciego pero no infiltrado, en el interior del apéndice un coprolito.

B) *Segunda intervención:* A los 44 días después de operado es reconocido por el autor. Nos refiere el padre del paciente que hace 18 horas que presenta un cuadro abdominal semejante al que había presentado otras veces: dolor periumbilical, vómitos 37,5°. 112 pulsaciones por minuto, el abdomen está poco distendido, se aprecian en él movimientos peristálticos que son objeto de manifestación dolorosa por parte del paciente. No hay contractura muscular pero sí se aprecia una resistencia elástica de la pared abdominal (Kocher). La Presión de la mano apoyada y la descompresión brusca no son dolorosas, no se nota ninguna tumoración, pues la resistencia de la pared no permite efectuar una palpación profunda. La percusión limita una zona de macidez irregular a nivel del ombligo y por fuera de ella se percibe un ruido algo sonoro. El tacto rectal nos muestra la ampolla vacía, nada de dolor.

Ante estos datos formulamos el diagnóstico de *Oclusión intestinal* de tipo mecánico y no conociendo la historia anterior del enfermo, sólo guiados en que ha sido operado de apendicitis, pensamos en una probable brida o adherencia.

*Intervención:* Laparotomía supra-infraumbilical, se encuentran unas asas intestinales distendidas y una enorme masa que afecta al parecer la forma poliquística del intestino delgado en una extensión de unos 18 centímetros.

Numerosos ganglios mesentéricos infartados duros, vascularización anormal del intestino y del mesenterio cuyos vasos presentan un calibre dos veces superior al normal del adulto. Adherencias muy tenues entre las asas intestinales vecinas a la neoplasia. Exudado peritoneal libre y poco abundante.

El tumor estrecha poco la luz intestinal pero causa obstrucción por que acoda debido a su peso el intestino.

Efectuamos la extirpación de la neoplasia mediante resec-

ción intestinal del segmento invadido. Enteroanastomosis latero.lateral.

Cierre completo de la pared en un solo plano sin drenaje. *Examen macroscópico de la pieza patológica:*

La tumoración rodea las tres cuartas partes del intestino delgado en una extensión de unos 18 cm., afecta una forma lobulada de aspecto poliquístico, la primera impresión es la de que se trata de una porción de intestino grueso, pero la ausencia de cintillas longitudinales le distingue fácilmente.

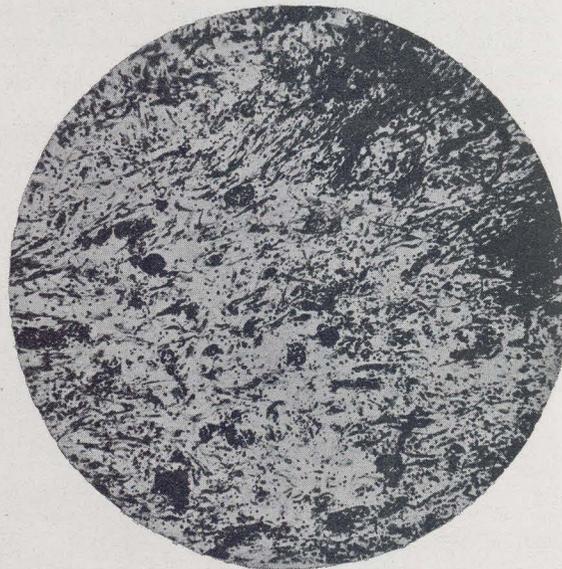
Abierto el intestino se ve que la mucosa está llena de granulaciones finas de color blanquecino junto con unas fungosidades. Toda la masa tumoral presenta una consistencia blanda y en algunos puntos pseudo-fluctuante, la sección a nivel de los mismos denota la existencia de un tejido mucoso como gelatina.

#### EXAMEN HISTOLOGICO

por el Dr. González Ribas

En un fragmento de la tumoración correspondiente a la porción limitante con la luz intestinal, se observa: Una capa constituida por un coágulo que en algunos puntos comienza a organizarse permaneciendo en contacto con la masa tumoral en toda su extensión.

En la capa más superficial correspondiente a la submucosa se observa algún folículo linfóide como en A-). Después de esta capa nos hallamos en pleno tejido neoplásico constituido por: Elementos fusiformes y estrellados, ramosos, con prolongaciones que se entrecruzan y forman en algunos puntos del campo donde se espesan más, una verdadera malla como puede apreciarse en B-).



Microfotografía de la parte central del tumor  
Coloración por el método de Del Río Hortega

La substancia fundamental parece hallarse constituida por un albuminoide sin encontrar en ningún punto fibras colágenas.

En todos los campos se aprecia la abundancia de vasos de luz muy amplia y paredes muy delgadas. Se observan también muchos focos hemorrágicos que en algunos puntos sólo llegan a ligeras infiltraciones.

Los datos que anteceden nos han hecho formular el diagnóstico de *mixosarcoma*.

El curso postoperatorio excelente, desaparecen las molestias y el enfermo evacúa normalmente.

Presenta cierta palidez, el examen de sangre revela una leucocitosis poco acentuada y una ligera disminución globular sin ninguna alteración morfológica.

El enfermo mejora rápidamente y a los 16 días sale del hospital completamente cicatrizada la herida. Actualmente, hace una año de la intervención y no presenta trastornos, de todos modos no fundamentamos esperanzas en el tratamiento efectuado; nuestro deseo hubiese sido hacer como Reiche: un tratamiento radioterápico asociado a arsenicales que en algún caso se ha visto mejorar considerablemente el estado general.

Julio 1931.

BIBLIOGRAFÍA

1. KEEN, VAN HOOK y KANAVAL.—Cirugía, pág. 702.
2. LIBMAN.—Sarcoma intestino. *Mit. aus Grenz del Med. Chir.* Tom. 7, pág. 4.
3. NOTNAGEL.—Diseases of intestines and peritoneum.
4. BRUN.—Reflexiones sobre los tumores malignos primitivos del intestino delgado. *La Tunisie medicale.* Tomo 24, 4 mayo 1930.
5. MATTHAES.—Sarcoma primitivo del mesenterio y del intestino delgado. *Deuts. Zeits. für Chir.* Tom. 224. Fasc. 1 y 2. Abril 1930.
6. ROBB.—Sarcoma intestino delgado. *The Brit. Med. Journ.*, n.º 3595, pág. 1007. Noviembre 1929.
7. CONDORELLI.—Sarcoma primitivo del intestino delgado. Datos clínicos y anatomo-patológicos. *Annali di Clin. Med. e di Medicin. Speriment.* Fasc. 3.
8. SCHMIDT-NOORDEN.—Tratad. enfermedades intestino. Octubre 1928.
9. CRAIZ.—Un caso de sarcoma primitivo del intestino delgado. *Clujul. Medical.* Tom. 7, n.º 9. Octubre 1926.
10. FULLERTON.—Sarcoma intestino delgado con invaginación en un niño de 3 años. *The Brit. Journ. of Surgery.* Vol. 12, n.º 52. Abril 1926.
11. LORIA.—Sarcoma primitivo intestino. *New-Orleans Med. And Surgical Journ.* Tom. 78, n.º 4. Octubre 1925.
12. RANKIN.—Linfosarcoma intestino delgado. *Annal. of surgery.* Vol. 80, n.º 5. Noviembre 1924.

13. SIMONCELLI.—Estudio del Linfosarcoma intestinal. *Il Policlinico.* Tom. 31, fas. 11. Noviembre 1924.
14. REICHE.—Citado por SCHMIDC.
15. HENG-LIU.—Tumores de células linfoides del intestino delgado. *Archives of Surgery.* Vol. 11, n.º 4. Octubre 1925, pág. 602.
16. TRUFFL.—Estudio anatomo-patológico linfosarcoma intestinal. *H. Morgagni*, n.º 10. Marzo 1926.
17. KELLEY.—Linfosarcoma del intestino delgado. *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.* Vol. 82, n.º 10. Marzo 1924.
18. VA TRIN y MICHON.—Contribución al estudio del sarcoma pediculado del intestino delgado. *Revue de Chirurgie.* Tom. 62, n.º 7. 1924.
19. MIROTWORZUV y SACHAROW.—Patología y clínica del sarcoma del intestino. *Archiv. für Klinisch. Chir.* Tomo 130. 1924.

RÉSUMÉ

*L'Auteur expose un cas de myxosarcome de l'intestin grêle qui fut opéré primitivement croyant qu'ils s'agissait d'une appendicite, ensuite, 44 quatre jours plus tard, il y eut une nouvelle intervention à cause d'un syndrome d'occlusion intestinal, et l'on vit la tumoration dans le texte implanté dans le mésentérium, tumeur qui affectait à peu près 18 cm. de l'extention de l'intestin grêle.*

*L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un myxosarcome.*

SUMMARY

*The Author exposes a case of a myxosarcom in the small intestine, which was primitively operated thinking that it was an appendicitis but 44 days afterwards a new intervention was affected owing to the syndroms of an intestinal occlusion, and then a tumouration implanted in the texte of the mesenterium was found; said tumour affected nearly 18 centimeters of the small intestine's extention.*

*The histological examen showed that it was a myxosarcom.*