



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Volumen 91, Especial Congreso 2, Octubre 2013

XIX Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 25-26 de octubre de 2013



www.elsevier.es/cirugia

P-485 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A MIXOMA YEYUNAL

S. Jareño Martínez, I. Grifo Albalat, M. Bruna, G. Martín, V. Gumbau, A. Salvador, M.A. Martorell y A.I. Martínez

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Introducción: Los tumores primarios de intestino delgado representan únicamente el 3% de todas las neoplasias del tracto gastrointestinal, siendo los mixomas unos de los más infrecuentes en dicha localización. Son tumores mesenquimales benignos que se localizan más frecuentemente en corazón, piel, tejido celular subcutáneo, aponeurótico u óseo. La sintomatología que ocasionan suele ser inespecífica, siendo en muchas ocasiones difícil establecer su diagnóstico.

Caso clínico: Varón de 83 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por un cuadro de dolor abdominal difuso, vómitos y disminución de la expulsión de aires y heces de 24 horas de evolución. Refiere distensión abdominal, anorexia y pérdida de 4 Kg de peso en los últimos meses. A la exploración presenta un abdomen blando, depresible, distendido, timpánico y sin signos de irritación peritoneal. No se evidencian alteraciones analíticas y la radiografía de abdomen muestra distensión de asas de intestino delgado sin aireación del marco cólico. En la tomografía computarizada se observa una tumoración de 2 cm de diámetro dependiente de la pared yeyunal, que ocasiona obstrucción de la luz y dilatación anterógrada del intestino proximal. Se interviene al paciente realizando una resección segmentaria de 5 cm de yeyuno medio, incluyendo la totalidad del tumor y realizando una anastomosis termino-terminal manual. El paciente evoluciona favorablemente con recuperación de la tolerancia oral y el tránsito intestinal, siendo dado de alta al séptimo día postoperatorio. En el examen anatomopatológico se describe una tumoración de 15 × 19 mm, localizado en la capa muscular, con integridad de la cápsula tumoral y con bordes de resección libres de afectación neoplásica. Microscópicamente se observan células estrelladas y en forma de uso, sin atipias y positivas en el estudio inmunohistoquímico para vimentina; todo ello compatible con el diagnóstico de mixoma intestinal. Al mes de la intervención el paciente se encuentra asintomático y el estudio ecocardiográfico descarta afectación cardíaca.

Discusión: Aunque los mixomas intestinales son tumores muy raros, han de incluirse dentro del diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal. Las pruebas radiológicas, principalmente la tomografía computarizada, ayudarán a establecer una sospecha diagnóstica, aunque para llegar al diagnóstico definitivo será necesario un completo estudio anatomopatológico. En estos casos, la resección completa del tumor es la opción terapéutica idónea para resolver el cuadro oclusivo y conseguir la curación. Es recomendable un seguimiento estricto y una evaluación cardíaca de estos pacientes tras la intervención, a fin de detectar posibles recurrencias o la existencia de un mixoma cardíaco sincrónico.