




Adenocarcinoma duodenal. Reporte de un caso

PRESENTACIÓN DE CASO

Duodenal adenocarcinoma. A case report

Chabely Valdés Sánchez¹ , Joel David Monzón Li ¹ , Amanda Rodríguez Chaviano²  , Mayquel Monzón Rodríguez² 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

²Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos, Cuba.

 Autor para la correspondencia: amandarchaviano951119@gmail.com

 **Citar como:** Valdés Sánchez C, Monzón Li JD, Rodríguez Chaviano A, Monzón Rodríguez M. Adenocarcinoma duodenal. Reporte de caso. Inmedsur [Internet]. 2020 [citado: fecha de acceso]; 3(3): 50-54. Disponible en: <http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/90>

RESUMEN

La tasa de incidencia de cáncer de intestino delgado representa del 1-3 % de todos los tumores gastrointestinales, entre ellos adenocarcinoma es el subtipo histopatológico más común. Se planteó como objetivo describir un caso de adenocarcinoma duodenal. Se presentó el caso de un paciente que acudió por presentar vómitos incontables causados por un tumor de tercera y cuarta porción del duodeno, para lo cual se le realizó proceder quirúrgico paliativo debido a las características avanzadas. Los tumores de intestino delgado son infrecuentes y la mayoría se originan en el duodeno. Para su diagnóstico la prueba de oro es la panendoscopia, a la vez que el tratamiento quirúrgico es curativo o paliativo. La sobrevida es baja debido al diagnóstico tardío, ya en fases avanzadas de la enfermedad.

Palabras clave: adenocarcinoma; duodeno; intestino delgado

ABSTRACT

The incidence rate of small bowel cancer represents 1-3 % of all gastrointestinal tumors, among them adenocarcinoma is the most common histopathological subtype. The objective was to describe a case of duodenal adenocarcinoma. It was presented the case of a patient with countless vomiting caused by a tumor of the third and fourth portion of the duodenum, for that reason a palliative surgical procedure was performed due to the advanced characteristics. Small bowel tumors are rare and most originate in the duodenum. For its diagnosis, the gold standard is panendoscopy, while the surgical treatment is curative or palliative. Survival is low due to late diagnosis, already in advanced stages of the disease.

Key words: adenocarcinoma; duodenum; small bowel

INTRODUCCIÓN

El intestino delgado cubre aproximadamente del 70-80 % de la longitud del tracto gastrointestinal total. La tasa de incidencia de cáncer de intestino delgado representa del 1-3 % de todos los tumores gastrointestinales. La mayoría se originan en el duodeno, seguidos por el yeyuno y luego el íleon, con aproximadamente el 10 % de origen desconocido.¹

La primera comunicación de un carcinoma del intestino delgado la hizo Georgini Hamberguer en 1746, Rainford en 1932 llamó la atención hacia la inmunidad relativa de esta porción del tracto intestinal a la invasión tumoral.²

El asiento duodenal corresponde al 4,5 % de todos los tumores. Estos se originan con mayor frecuencia en la segunda porción, seguidos en orden por la tercera, cuarta y primera porciones.² El adenocarcinoma (ADC) es el subtipo histopatológico más común, representando alrededor del 40 % de todos los cánceres de intestino delgado, seguido por carcinoides, linfomas y sarcomas.³

El objetivo planteado por los autores fue describir un nuevo caso de adenocarcinoma duodenal dada su complejidad para establecer su diagnóstico y la baja incidencia del mismo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 78 años de edad, negra, femenina, de procedencia rural, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial de aproximadamente 30 años, con tratamiento regular; asma bronquial hace aproximadamente 20 años con tratamiento en crisis; infarto cerebral hace más o menos 3 años el cual dejó secuelas (epilepsia secundaria y demencia progresiva) con tratamiento regular; pólipos intestinales los cuales fueron tratados desde el inicio de los síntomas; úlcera gástrica sin tratamiento, apendicectomizada y ex-fumadora desde hace 3 años. Acudió por presentar vómitos a repetición en forma de proyectil hace más o menos 3 meses, los cuales mejoraron y hace 4 días se exacerbaron; de consistencia líquida, sin restos de alimentos, en su mayoría de color amarillentos y fétidos. Refirió además, pérdida de peso marcada que no precisa cuantía ni tiempo de duración; al examen físico solo se hallaron signos de deshidratación ligera y mucosas hipocoloreadas, por lo que se decidió su ingreso en sala

de Medicina Interna con impresión diagnóstica de emesis para estudio. Durante su ingreso se interconsultó con el servicio de Cirugía General, diagnosticándose un síndrome pilórico de posible etiología tumoral, se trasladó a sala de cirugía para concluir el estudio.

Los estudios complementarios de laboratorio arrojaron anemia ligera hipocrómica y anisocitosis, leucopenia e hipoalbuminemia. En cuanto a los estudios imagenológicos realizados se encontró, ultrasonografía abdominal sin hallazgos positivos, se sugirió evaluar por endoscopia. La radiografía simple de tórax, vista anteroposterior de pie reveló que no existían alteraciones de partes blandas, presencia de cambios degenerativos óseos, signos de fibroenfisema pulmonar, imágenes nodulares en ambos campos pulmonares, la mayor de 6mm en región parahiliar derecha sugestivo de metástasis, ateromatosis de la aorta e índice cardiotorácico aumentado.

Se le realizó una panendoscopia, en la que se informó: a nivel de la segunda porción duodenal una formación mamelonada, polilobulada, ulcerada con ganglio adherido y sangramiento activo babeante por los bordes de la lesión, además ocupa aproximadamente el 50 % de la luz a este nivel. Bulbo pequeño sin alteraciones. Píloro que permanece abierto durante todo el estudio. Pangastritis eritematosa moderada, reflujo duodeno-gástrico moderado, llama la atención las características de los pliegues gástricos a nivel del cuerpo y abombamiento en su cara anterior, esofagitis grado C, se realizó biopsia del proceso duodenal, tratamiento de la hemorragia con 1 ámpula de epinefrina 1: 10000 y 2 ámpulas de polidocanol al 0,5 %.

Se concluyó el estudio como tumor de la segunda porción de duodeno y se decidió tratamiento quirúrgico mediante laparotomía exploradora. Durante el transoperatorio se halló mediana cantidad de líquido seroso claro, tumor de consistencia pétreo que ocupaba la tercera y cuarta porción del duodeno, en estrecha relación a grandes vasos firmemente adheridos a este proceso. El mismo infiltraba a todos los campos del duodeno y ocupaba gran parte de su luz. Hígado parduzco, deslustrado, sin signos de metástasis intracavitarias. No adenomegalias evaluables. Se realizó gastroyeyunostomía latero-lateral, yeyunoyeyunostomía latero-lateral; en 2 planos de sutura con polyester 2-0, la primera a 50 cm del ángulo duodenoyeyunal, la segunda a 70 cm de la misma; se colocaron drenajes y puntos subtotales. El diagnóstico histopatológico fue adenocarcinoma de moderado a pobremente diferenciado.

DISCUSIÓN DEL CASO

Un estudio halló que el 1,6 % de las neoplasias malignas del aparato digestivo correspondían al duodeno.⁴ Se han propuesto varias teorías para explicar la baja frecuencia de lesiones malignas duodenales: proliferación rápida de las células de la mucosa; pH alcalino, lo cual previene la formación de nitrosamina; sistema inmune local mediado por IgA bien desarrollado; factor protector contra el desarrollo de tumores; tránsito rápido, lo que limita la exposición del epitelio a carcinógenos; escasa población bacteriana, que disminuiría el riesgo de transformación neoplásica resultado de carcinógenos producidos por estos microorganismos; el contenido líquido del duodeno, menos abrasivo o irritante a la mucosa; grandes concentraciones de la enzima benzopireno hidroxilasa, tendría efecto neutralizador sobre los agentes carcinógenos; localización de la célula madre pluripotencial del epitelio en la profundidad de las criptas, resguardada por una capa mucosa que lo protege de los productos carcinógenos.^{5,6}

El ADC suele originarse en un adenoma; su frecuencia es mayor en varones y en la sexta década de la vida, sin embargo se constató en una mujer de 78 años. La incidencia aumenta en pacientes afectados de diversas enfermedades inflamatorias intestinales, tal es el caso de esta paciente que presentó pólipos intestinales que fueron tratados sin precisar histología. Este tumor suele afectar a un segmento intestinal corto, su crecimiento suele ser anular y con frecuencia causa estenosis y ulceración,⁷ representado en el caso como un síndrome pilórico, donde la estenosis alcanzaba aproximadamente el 50 % de la luz.

De acuerdo a la localización se les agrupa en supra, peri o infraampulares, no considerándose a la Ampolla de Váter, este generalmente se considera por separado ya que pueden ser de origen pancreático o colangéctico.²

Los síntomas son inespecíficos e insidiosos, entre los que se encuentran el dolor abdominal, vómitos y náuseas, cambios en el hábito de evacuación intestinal, pérdida de peso, sangramiento digestivo y masa palpable; el diagnóstico preoperatorio suele hacerse difícil por lo que son diagnosticados en estadios avanzados.⁸

Casi todas las neoplasias no ampulares se descubren accidentalmente durante la endoscopia de rutina. Algunos autores han reportado que la tomografía es la mejor prueba para el diagnóstico de esta enfermedad, la radio-

grafía de estómago y duodeno con contraste baritado, la cromoendoscopia convencional con indigocarmina. El método últimamente utilizado es la cápsula endoscópica al ser menos invasiva.^{4,9}

Los hallazgos endoscópicos sugestivos de carcinoma incluyen la presencia de depresión, enrojecimiento y nodularidad desigual, así como la presencia de mucosa blanca lechosa o una sustancia opaca blanca.¹⁰

La resección quirúrgica es la base para el tratamiento y requiere resecciones amplias del segmento afecto, incluyendo el mesenterio y las zonas linfáticas contiguas.² Los hallazgos quirúrgicos macroscópicos suelen ser de 3 tipos: estenosantes, úlcero-infiltrantes y de tipo polipoideo. Se reporta que el duodeno representa la localización de peor evolución debido a las estructuras vitales vecinas.¹¹

El aumento de la supervivencia tras el uso de quimioterapia adyuvante después de la resección del tumor, o qué régimen de quimioterapia de primera línea se recomienda para el ADC no resecable avanzada aún no está claro.² El tiempo de sobrevida es mayor en pacientes sometidos a una cirugía con intención curativa, en comparación con aquellos sometidos a cirugías paliativas como derivación gastroentérica.⁴

El pronóstico es pobre dado que alrededor del 80 % de los casos tienen diseminación metastásica en el momento del diagnóstico, tal como se observó en este caso. No en vano, la supervivencia a los 5 años de la resección quirúrgica es inferior al 20 %.⁷

Entre los factores de mal pronóstico que se han descrito: el tabaquismo, la pérdida de peso, elevación de transaminasa glutámico oxalacética (TGO) sérica, edad, obstrucción intestinal en el primer diagnóstico, estadio tumor-nódulo-metástasis (TNM), márgenes de resección con neoplasia y grado de diferenciación celular.^{2,4}

Los marcadores tumorales pueden no ser una forma sensible de detección temprana.² El estudio de la biología molecular es importante para el tratamiento médico y antineoplásico. Se ha descrito que su patogenia es similar a las vías moleculares del cáncer gástrico y colonorrectal.⁴

El último tratamiento endoscópico es la cirugía cooperativa endoscópica laparoscópica. La alta tasa de complicaciones limita la aplicación clínica de la resección endoscó-

pica en bloque en el duodeno.¹²

CONCLUSIONES

Los tumores de intestino delgado son infrecuentes y la mayoría se originan en el duodeno; el subtipo histológico predominante es el adenocarcinoma. Los síntomas son inespecíficos y para su diagnóstico la prueba de oro es la panendoscopia. El tratamiento quirúrgico es paliativo o curativo, siendo el último el que aporta una mayor supervivencia, aun cuando a los 5 años es baja debido al diagnóstico tardío, ya en fases avanzadas de la enfermedad.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Los autores contribuyeron en igual medida a la redacción, revisión y aprobación del artículo y su versión final.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para realizar la presente presentación de caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Estadísticas de cáncer, 2017. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2017 (citado 2020 Jul 7); 67(1): 7–30. Disponible en: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21387>
- Ruesca Domínguez C, Robaina Rodríguez G, Rodríguez Dávila Y, García Díaz M, Tadeo Méndez E. Tumor del estroma gastrointestinal de duodeno. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2016 (citado 2020 Jul 7); 38(3): 410–6. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1666/3035>
- García Centeno P, Santos Rodríguez A, Igualada Escribano L. Tumores del intestino delgado. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* [Internet]. 2020 (citado 2020 Jul 7); 13(1): 26–37. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541220300044>
- Moreno-Loaiza O, Neira-Rojas D. Adenocarcinoma primario de duodeno: reporte de una neoplasia infrecuente. *Medwave* [Internet]. 2013 (citado 2020 Jul 7); 13(9): e5821. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Casos/5821>
- Niwa A, Kuwano S, Tomita H, Kimura K, Orihara Y, Kanayama T et al. The different pathogeneses of sporadic adenoma and adenocarcinoma in non-ampullary lesions of the proximal and distal duodenum. *Oncotarget* [Internet]. 2017 (cited 2020 Jul 7); 8 (25): 41078–90. Available from: <https://www.oncotarget.com/article/17051/text/>
- Yoshida M, Shimoda T, Abe M, Kakushima N, Kawata N, Takizawa K et al. Clinicopathological characteristics of non-ampullary duodenal tumors and their phenotypic classification. *Pathology International* [Internet]. 2019 (cited 2020 Jul 7); 69 (7): 398–406. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/pin.12829>
- Edge SB, Byrd SR, Compton CC et al., editors. *AJCC Cancer Staging Manual*. 7th ed. New York: Springer-Verlag, 2010. p.p. 143–164. Available from: <https://cancers-tagging.org/references-tools/deskreferences/Documents/AJCC%207th%20Ed%20Cancer%20Staging%20Manual.pdf>
- Kakushima N, Yoshida M, Iwai T, Kawata N, Tanaka M, Takizawa K et al. A simple endoscopic scoring system to differentiate between duodenal adenoma and carcinoma. *Endosc Int Open* [Internet]. 2017 (cited 2020 Jul 8); 5(8):E763–E768. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5546900/>
- Chul-Hyun L, Young-Seok C. Non-ampullary duodenal adenoma: Current understanding of its diagnosis, pathogenesis, and clinical management. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2016 (cited 2020 Jul 8); 22(2): 853–61. Available from: <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v22/i2/853.htm>
- Kakushima N, Yoshida M, Yabuuchi Y, Kawata N, Takizawa K, Kishida Y. Present Status of Endoscopic Submucosal Dissection for Non-Ampullary Duodenal Epithelial Tumors. *Clin Endosc* [Internet]. 2020 (cited 2020 Jul 8); 53(6): 652–658. Available from : <https://www.e-ce.org/journal/view.php?doi=10.5946/ce.2019.184>
- Abdul-Rahman MM, Al-Waali MM, Al-Naaimi AS. Analysis of small bowel tumors. *Saudi Med J* [Internet]. 2004 (cited 2020 Jul 10); 25 (12): 1900–5. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/8020888_Analysis_of_small_bowel_tumors

12. Toma H, Haraguchi K, Fujii K, Kobara T, Hirota I, Eguchi T et al. Laparoscopic and endoscopic co-operative surgery for non-ampullary duodenal tumors. World J Gastroenterol [Internet]. 2016 (cited 2020 Jul 10); 22(47): 10424–31. Available from: <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v22/i47/10424.htm>

Recibido: 4 de octubre de 2020

Aceptado: 22 de octubre de 2020

Publicado: 1 de diciembre de 2020



Este artículo de la **Revista Inmedsur** está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso la **Revista Inmedsur**.