

INFORME DE CASO

Adenocarcinoma yeyunal. Presentación de un caso

Dra. Madyaret Aguila Carbelo¹

Dra. Aliety Taimí Domínguez Ruiz¹

Dra. Anadorsy Cabrera Barrero²

RESUMEN

Los tumores malignos del intestino delgado son infrecuentes, representan tan solo del 1-2% de todos los cánceres del tracto gastrointestinal; los adenocarcinomas, el tumor carcinoide, el linfoma y los sarcomas constituyen las variedades histológicas más frecuentes. Se presenta un caso con historia de vómitos -de forma intermitente- de más de seis meses de evolución, pérdida de peso de 30 libras, anorexia, dolor abdominal y cambios del hábito intestinal; posterior a un estudio contrastado de tránsito intestinal, una ecografía abdominal y una tomografía axial computadorizada se diagnostica una lesión tumoral de yeyuno y se interviene quirúrgicamente, el informe anatomopatológico evidenció un adenocarcinoma bien diferenciado de yeyuno. Nos motivamos a comunicar el caso por la baja incidencia de presentación de los tumores del intestino delgado así como por la importancia de los estudios imagenológicos en el diagnóstico de los mismos.

DeCS:

NEOPLASMAS DEL YEYUNO/diagnóstico
ULTRASONOGRAFIA
TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA POR
RAYOS X

SUMMARY

Malignant tumors of the small intestine are not common; they represent only 2 percent of all the cases of gastrointestinal tract cancer. The adenocarcinomas, the carcinoid tumors, the lymphomas and sarcomas constitute the most common histological variants. The case of a patient, with a history of vomiting –intermittently– and more than six months of evolution, a 30 pounds weight loss, anorexia, abdominal pain and changes in intestinal habits, is presented. After undergoing a contrast study of the intestinal transit, an abdominal echography and a computerized axial tomography, the patient was diagnosed with a tumoral lesion of the jejunum and underwent a surgical intervention. The anatomopathological analysis showed a well differentiated adenocarcinoma of the jejunum. The low incidence of small intestine tumors motivated us to make a report of the case, as well as the importance of imaging studies in the diagnosis of this condition.

MeSH:

JEJUNAL NEOPLASMS/diagnosis
ULTRASONOGRAPHY
TOMOGRAPHY, X-RAY COMPUTED

A pesar de que el intestino delgado ocupa el 75% del tamaño y el 90% de la superficie de absorción del tubo digestivo, los tumores -tanto benignos como malignos- en él constituyen una rara afección y representan entre 5-10% de las neoplasias del tubo digestivo;^{1,2} los tumores malignos son bastante infrecuentes -tan solo representan entre el 1-3% de los cánceres del sistema digestivo- y los

adenocarcinomas, el tumor carcinoide, el linfoma y los sarcomas se consideran las variedades histológicas más frecuentes.¹⁻³ Existen varias teorías que intentan dar una explicación a la rareza de estos tumores, entre ellas se mencionan el tránsito rápido, el contenido intestinal líquido, un abundante nivel de enzimas digestivas que destoxifican potenciales carcinógenos, una baja presencia de poblaciones bacterianas y la presencia abundante de tejido linfoide.^{3,4}

Los tumores yeyunales malignos suponen una enfermedad que por su poca frecuencia y la clínica inespecífica raramente son diagnosticados preoperatoriamente; sin embargo, las pruebas complementarias analíticas y de imagen aportan suficiente información para llegar al diagnóstico, incluso de la variedad histológica.^{5,6} Se presentan la historia clínica, la exploración física, los hallazgos radiológicos por los medios convencionales, la ecografía y la tomografía axial computadorizada (TAC) de una paciente de 67 años de edad con una neoplasia maligna de yeyuno que resultó ser histológicamente un adenocarcinoma bien diferenciado; se destaca la importancia de realizar un abordaje integral en estos pacientes a pesar de la infrecuencia de este tipo de tumor.

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Se trata de una paciente blanca femenina de 67 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) que acude refiriendo vómitos -de forma intermitente- de más de seis meses de evolución, pérdida de peso de 30 libras, anorexia, dolor abdominal y cambios del hábito intestinal; al examen físico se constatan las mucosas hipocoloreadas. Se le indica inicialmente un tránsito intestinal en el que se observan gran dilatación del marco duodenal y del yeyuno proximal y a nivel de este último una imagen de defecto de lleno anular y un stop del contraste, el cual pasa escasamente al resto del intestino delgado; no se logró visualizar el ciego a pesar de la prolongación del estudio por tres horas.

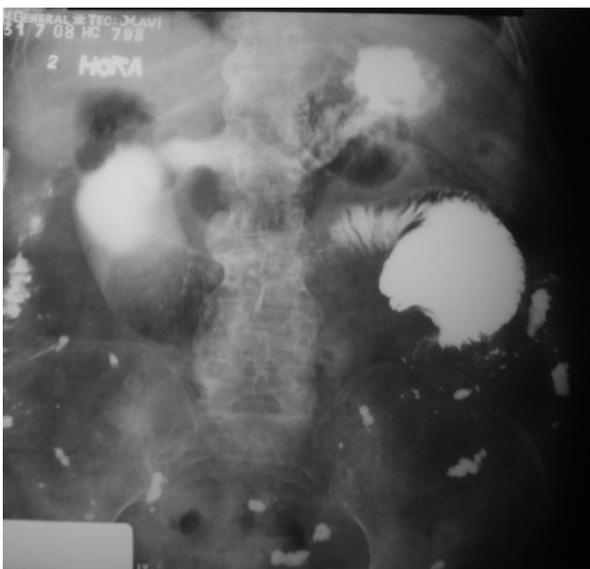


Figura 1. *Tránsito intestinal. Dilatación del marco duodenal y del yeyuno proximal, a nivel de este último se aprecia una imagen de defecto de lleno anular y un stop del contraste, el cual pasa escasamente al resto del intestino delgado*



Figura 2. *US abdominal. Asa delgada dilatada proximal al duodeno en el interior de la cual se observa una imagen nodular hipocogénica de 3x2cm que crece hacia la luz de la misma*

Posteriormente se le realiza un ultrasonido (US) abdominal donde se observa el duodeno dilatado así como un asa delgada dilatada proximal al mismo hacia hipocondrio izquierdo; llama la atención la presencia de una imagen nodular ecogénica de 3x2cm que crece hacia la luz de dicha asa. Se sugiere realizar TAC de abdomen con la administración de contraste vía oral para confirmar la posibilidad de un tumor a este nivel.

Se realiza TAC de abdomen con la administración de contraste vía oral y se confirma la dilatación del duodeno así como de un asa yeyunal proximal al mismo, se observa en la porción más distal de dicha asa una imagen hipodensa de contornos regulares con densidad de 43UH que crece intraluminalmente, así como escaso paso de contraste al resto de las asas yeyunales e ileales.

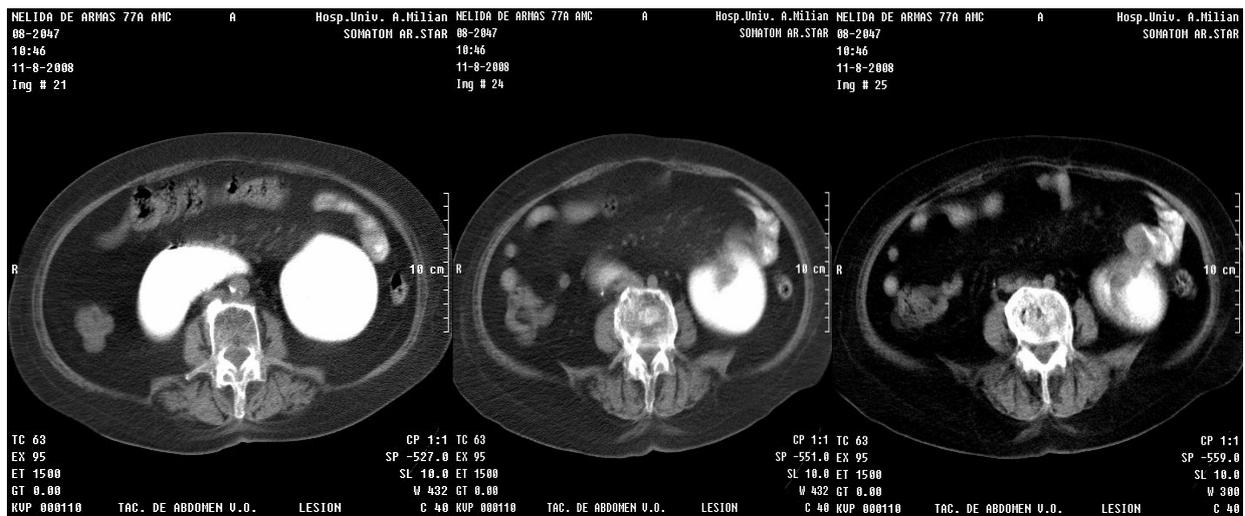


Figura 3. TAC de abdomen. Dilatación del duodeno así como de un asa yeyunal proximal al mismo, se observa en la porción más distal de dicha asa una imagen hipodensa de contornos regulares con densidad de 43UH que crece intraluminalmente, así como escaso paso de contraste al resto de las asas yeyunales e ileales

Finalmente a la paciente se le realiza una intervención quirúrgica donde se constata T yeyunal a 10cm del ángulo duodeno-yeyunal, se realiza recepción y anastomosis término terminal en un plano más gastro-yeyuno antecólica.

Diagnóstico histológico:

La biopsia supone un adenocarcinoma yeyunal bien diferenciado.

COMENTARIO FINAL

Los adenocarcinomas representan, en la mayoría de las series, la variedad histológica más representativa de los tumores malignos del intestino delgado, seguidos de los tumores carcinoides y de los linfomas y aparecen en muchos casos asociados con la enteritis regional, los síndromes de poliposis hereditaria, la enfermedad celiaca y los estados de inmunodeficiencia;^{7,8} Pedrosa, sin embargo, informa al adenocarcinoma como la segunda neoplasia maligna del intestino delgado después del linfoma.^{9,10} El adenocarcinoma yeyunal afecta a ambos sexos y, aunque la paciente es femenina, se describe un ligero

predominio en el sexo masculino, algunos autores refieren mayor frecuencia entre los 50 y 60 años de edad con mayor localización en el duodeno distal y el yeyuno proximal^{1-3,8,9} y la localización de mayor selectividad en las asas proximales se correlaciona con el largo contacto de la mucosa y las secreciones pancreatobiliares que implican a la bilis como un posible carcinógeno; otros autores correlacionan su aparición con el ingreso excesivo de las grasas.¹

Los síntomas de presentación son inespecíficos y muchas veces insidiosos, entre ellos se encuentran el dolor abdominal, los vómitos y las náuseas, la pérdida de peso, el sangramiento digestivo y la masa palpable;⁴ en el caso que comunicamos predominaron los vómitos de seis meses de evolución y la pérdida de peso. Por la rareza y lo inespecífico de los síntomas estos tumores son diagnosticados generalmente cuando la enfermedad se encuentra en estadio avanzado, con invasión al mesenterio, a los órganos vecinos e incluso metástasis a distancia, lo que ensombrece su pronóstico.^{6,7}

La apariencia radiológica es similar a la de un carcinoma de colon izquierdo; la lesión anular (60%) es la característica imagen en servilletero: corta, de luz irregular, con mucosa destruida, en la que pueden identificarse formaciones nodulares, úlceras y presencia de un límite abrupto entre la mucosa sana y la zona afectada, lo que la diferencia de las lesiones inflamatorias.⁹

El intestino delgado es relativamente inaccesible a la endoscopia de rutina y, a pesar de que recientemente se han desarrollado nuevas técnicas endoscópicas para el estudio del mismo, no ha favorecido el diagnóstico de la enfermedad en estadios precoces, por lo que coincidimos con la literatura revisada^{1-3,5-7} en que la sospecha clínica, los estudios contrastados del tránsito gastrointestinal y la tomografía axial computadorizada con contraste constituyen los elementos diagnósticos fundamentales en el diagnóstico de la enfermedad.

En el caso que comunicamos el estudio contrastado del tránsito intestinal, la ecografía abdominal y la tomografía axial computadorizada con contraste nos ayudaron de forma extraordinaria a la interpretación de dicha lesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández González R, Medrano Plana Y, Rodríguez González G. Tumor del intestino delgado. Reporte de un caso y revisión del tema. *Kirurgia*. 2006;3:28-32.
2. Crawford JM. Tumores de intestino delgado y grueso. En: Cotran RS, Kumar V, Collins T, editores. *Patología estructural y funcional*. 6^{ta} ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2000. p. 861-62.
3. Morales Wong MM, Gómez Hernández MM, Martín Torres M. Adenocarcinoma del ángulo duodeno-yeyunal. A propósito de un caso. VII Congreso virtual hispanoamericano de anatomía patológica; 2005.
4. Delaunoy T, Neczyporenko F, Limburg PJ, Erlichman C. Pathogenesis and risk factors of small bowel adenocarcinoma: a colorectal cancer sibling? *Am J Gastroenterol*. 2005 Mar; 100(3): 703-10.
5. Gómez Portilla A, Cendoya I, Ormijana JS, Martínez Lecea C. Tumores yeyunales malignos. Reflexiones en el diagnóstico y tratamiento. XXVII Congreso Nacional de la SPED; 2007.
6. Dabaja BS, Suki D, Pro B, Bonnen M, Ajani J. Adenocarcinoma of the small bowel: presentation, prognostic factors, and outcome of 217 patients. *Cancer*. 2004 Aug 1; 101(3): 518-26.
7. Rangiah DS, Cox M, Richardson M, Tompsett E, Crawford M. Small bowel tumours: a 10 year experience in four Sydney teaching hospitals. *Anz J Surg*. 2004 Sep; 74(9): 788-92.

8. Soeda J, Sekka T, Hassegawa S, Ishizu K. Case of primary small intestinal cancer diagnosed by laparoscopy. Tokai J Exp Clin Med. 2004 Dec;29(4):159-62.
9. Ramos González L. Intestino delgado. En: Pedrosa CS, Casanova RP. Diagnóstico por imagen. 2^{da} ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2000. p. 516-522.
10. Moisés V, García M, Yabar H. Intususcepción del intestino delgado por linfoma de células T. An Fac Med. 2007;68(3):45-49.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Radiología. Profesora Instructora. UCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de 3er de Radiología.