

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE LA TERCERA PORCIÓN DUODENAL.  
INFORME DE UN CASO

Por:

MSc. Dra. Milagros Hernández Urra<sup>1</sup>, Dra. Esther Lidia González González<sup>2</sup> y Dr. Gabriel Rodríguez González<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Gastroenterología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC. e-mail: [milagroshu@capiro.vcl.sld.cu](mailto:milagroshu@capiro.vcl.sld.cu)
2. Especialista de I Grado en Gastroenterología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. UCM-VC.
3. Especialista de II Grado en Cirugía General. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. UCM-VC.

*Descriptor DeCS:*

ADENOCARCINOMA  
NEOPLASIAS DUODENALES/cirugía  
FACTORES DE RIESGO

*Subject headings:*

ADENOCARCINOMA  
DUODENAL NEOPLASMS/surgery  
RISK FACTORS

Los tumores del intestino delgado son descubiertos generalmente en estadios tardíos, ya que tienden a ser asintomáticos (Greenston JK. Comunicación personal. Barcelona, enero de 2006). El carcinoma primario de duodeno es una situación poco común, representa alrededor del 0,3 % de todas las neoplasias malignas del tracto gastrointestinal y del 25 al 45 % de las neoplasias malignas de intestino delgado<sup>1,2</sup>.

Como en todos los procesos tumorales, poco se puede decir sobre su origen. La baja frecuencia del cáncer de intestino delgado ha sido objeto de amplias discusiones acerca de los factores que pueden intervenir en la aparente inmunidad de este órgano. Las hipótesis que se han propuesto mencionan factores irritativos sobre el duodeno, como las secreciones intestinales y la posibilidad de que algunas úlceras pudieran malignizarse; esto se refiere, sobre todo, a la mayor frecuencia de tumores malignos en esta porción del intestino delgado. Sin embargo, la frecuencia es sumamente baja en comparación con órganos en condiciones similares, como el estómago<sup>3</sup>.

Se describe un paciente con adenocarcinoma primario de la tercera porción duodenal.

Presentación del paciente

Paciente masculino de 69 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus no insulino dependiente, cardiopatía isquémica y enfermedad diverticular del colon, cuadro clínico de un mes de evolución caracterizado por distensión abdominal, principalmente en epigastrio, acompañado de náuseas y vómitos posprandiales tardíos, de contenido gástrico y algunos restos de alimentos; ha sufrido anorexia y una disminución de peso de 15 kg aproximadamente, durante los últimos 12 meses.

Se realizó ecografía y tomografía de hígado y vías biliares, que no mostraron alteraciones; los exámenes de laboratorio fueron normales. La endoscopia superior mostró signos de duodenitis y pangastritis eritematoerosiva, con restos de alimentos en el lago gástrico. Se practicó serie gastroduodenal y tránsito intestinal que evidenció dilatación de cámara gástrica con disminución del calibre a nivel de la tercera porción duodenal, de forma persistente.

Se decidió realizar tratamiento quirúrgico y se encontró una tumoración duodenal de la tercera porción del duodeno de 5 cm (Figura) que infiltraba retroperitoneo y lesiones metastásicas hepáticas, lo que la hacía irreseccable.

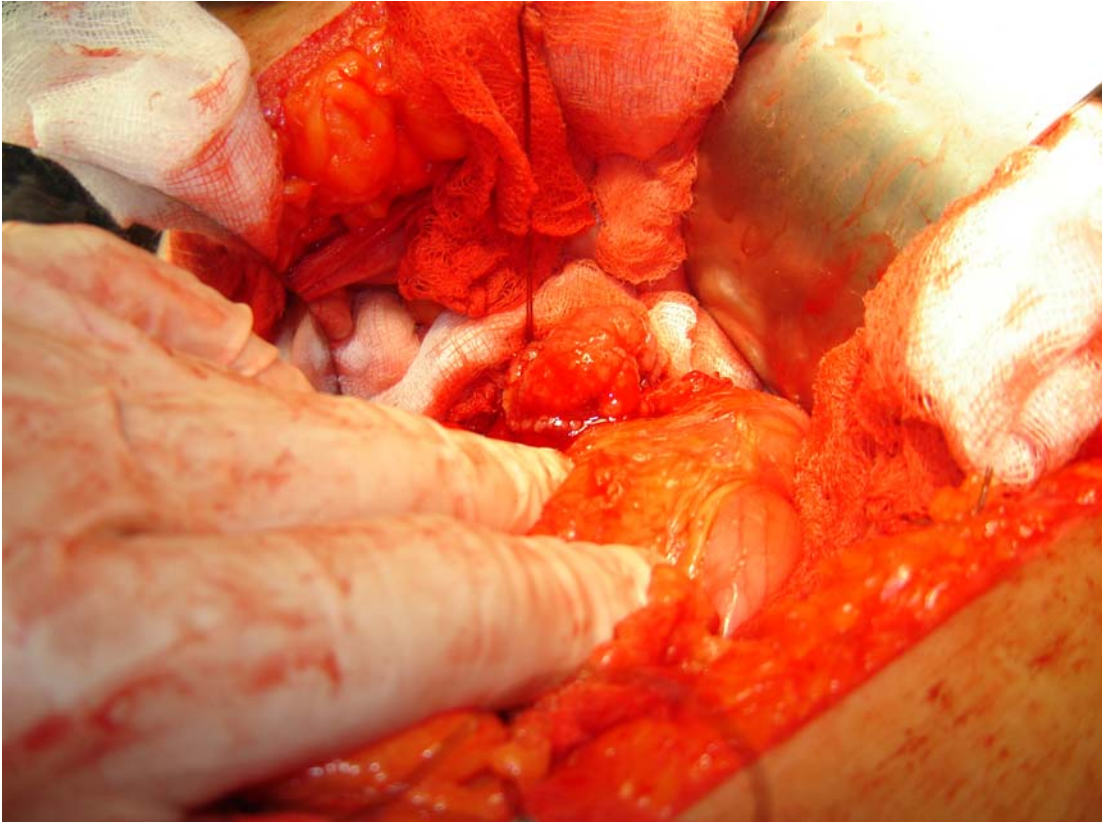


Figura Acto quirúrgico con resección del tumor.

Se practicó gastroyeyunostomía con colecistoyeyunostomía y yeyunoyeyunostomía en dos planos; se realizó toma de biopsia. La evolución postoperatoria fue satisfactoria; el informe histopatológico fue: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor ulcerado. Se remite al paciente al servicio de Oncología para recibir tratamiento adyuvante.

#### Comentario

Se describió el primer caso de carcinoma primario de duodeno en el año 1746<sup>1</sup>. Desde entonces, pocos casos han sido publicados en la literatura; la mayoría de los autores presentan uno o dos y pocos publican entre 5 a 20 adenocarcinomas, recopilados durante largos períodos de tiempo<sup>3-6</sup>; algunos los han coleccionado de la literatura publicada<sup>5</sup>. Quizás, las series más grandes sean las de Rose<sup>6</sup>, que informó 79 pacientes con adenocarcinoma primario de duodeno durante un período de 10 años, y recientemente la de Bakaeen con 49 pacientes en un lapso de 40 años<sup>7</sup>.

La relativa baja frecuencia de los tumores duodenales, especialmente malignos, no permite un análisis adecuado para establecer un denominador causal. No ha sido posible implicar factores ácidos, alcalinos o enzimáticos que actúen sobre el duodeno como agentes causantes de neoplasias benignas o malignas. Tampoco ha sido posible documentar alteraciones cancerosas en

pólipos, tejido ectópico o tumores benignos del duodeno<sup>8</sup>. Los intentos por atribuir como causa de malignidad a la úlcera péptica duodenal han tenido poca confirmación. Esto es especialmente evidente en vistas de la enorme diferencia entre la incidencia de úlcera duodenal y cáncer duodenal.

En cuanto al cuadro clínico, en la mayoría de los informes iniciales predominó el sexo femenino<sup>2</sup>; la edad promedio se encuentra entre la quinta y sexta décadas de la vida; los síntomas y signos varían de acuerdo con la localización en el duodeno y las características macroscópicas del propio tumor. Se presentan síntomas obstructivos que se manifiestan por náuseas, plenitud posprandial y vómitos que pueden contener bilis, en dependencia del nivel de obstrucción. La pérdida de peso es un signo importante, y cuando es un antecedente inmediato o que el paciente realiza dietas con este propósito, obliga a pensar en la pinza mesentérica como diagnóstico diferencial de obstrucción duodenal.

La serie esofagogastroduodenal con tránsito intestinal, la esofagogastroduodenoscopia y, fundamentalmente, la enteroscopia (22 enteroscopias) son los estudios más acertados para investigar la presencia de adenocarcinoma duodenal. Se debe recordar que el endoscopista generalmente solo examina hasta la segunda porción duodenal; la tomografía axial también es útil, pero tiene menor porcentaje de diagnóstico que los anteriores, por lo que es menos certera.

En la serie de Rose<sup>6</sup>, el tiempo de inicio entre los síntomas y el diagnóstico varió de cero a 19 meses, con una media de 1,4 meses.

La resección quirúrgica es el único tratamiento potencialmente curativo, pero no todos los pacientes tendrán una sobrevida considerable.

En el momento del diagnóstico, prácticamente el 40 % de los tumores son irresecables; en los casos publicados por Bakaeen<sup>7</sup>, la cirugía se considera curativa en el 67 % y paliativa en el 33 %.

Las lesiones irresecables se caracterizan por extenderse a los grandes vasos, a retroperitoneo o metástasis a distancia.

La sobrevida en los pacientes con cáncer de duodeno es baja, y está influenciada por múltiples factores, entre ellos, lo tardío del diagnóstico. Las grandes series no han podido contestar muchas preguntas concernientes al pronóstico y los resultados<sup>4-9</sup>.

El adenocarcinoma primario de duodeno de la tercera porción es una entidad poco frecuente. La historia clínica detallada, la serie esofagogastroduodenal con tránsito intestinal y los estudios endoscópicos, constituyen los mejores métodos diagnósticos.

### **Referencias bibliográficas**

1. Ramia JM, Villar J, Palomeque A, Muffak K, Mansilla A, Garrote D, *et al.* Duodenal adenocarcinoma. *Cir Esp.* 2005;77:208-12.
2. Pisarevsky J, Panzeri H, Travín A, Benítez S, Carvajal A, Setoain L, *et al.* Presentación atípica del adenocarcinoma primario de duodeno. Argentina: Asociación Médica Argentina [Internet]; 2007 [citado el 25 de mayo de 2009]. Disponible en: [http://www.ama-med.org.ar/publicaciones\\_revistas3.asp?id=100](http://www.ama-med.org.ar/publicaciones_revistas3.asp?id=100)
3. Chang HK, Yu E, Bae YK, Jang KT. Adenocarcinoma of the small intestine: a multi-institutional study of 197 surgically resected cases. *Hum Pathol* [Internet]. 2010 Aug [citado el 12 de agosto de 2010];41(8):[aprox.2 p. ]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20334897>
4. McCarron EC, Gibbs J, Fakh M, Nava HR, Rajput A. Duodenal adenocarcinoma: vague complaints, delayed diagnosis and poor outcome [Internet]. 2004 Gastrointestinal Cancers Symposium. © 2005-2009 American Society of Clinical Oncology (ASCO) [citado el 25 de abril de 2009]. Disponible en: [http://www.asco.org/ASCOv2/Meetings/Abstracts?&vmview=abst\\_detail\\_vie w&confID=27&abstractID=505](http://www.asco.org/ASCOv2/Meetings/Abstracts?&vmview=abst_detail_vie w&confID=27&abstractID=505)
5. Coit DG. Cancer of the small intestine. En: De Vita Jr VT, Hellman S, Rosenberg SA, editores. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. Philadelphia: Lipincott, Williams & Wilkins; 2001. p. 1204-06.
6. Rose DM, Hochwald SN, Klimstra DS, Brennan MF. Primary duodenal adenocarcinoma: a ten years experience with 79 patients. *J Am Coll Surg.* 1996;183:89.

7. Bakaeen F, Murr MM, Sarr MG, Thompson GB, Farnell MB, Nagorney DM, *et al.* What prognostic factors are important in duodenal adenocarcinoma? *Arch Surg.* 2000;135:635-42.
8. Nilsson B, Bümming P, Meiss-Kinblom JM. Gastrointestinal stromal tumors: the incidence, prevalence, clinical course, and prognostication in the preimatinib mesylate era. A population-based study in Western Sweden. *Cancer.* 2005;103:821-9.
9. Van der Zwan SM, De Matteo RP. Gastrointestinal stromal tumor: 5 years later. *Cancer.* 2005;104:1781-8.

Recibido: 12 de octubre de 2010

Aprobado: 3 de noviembre de 2010