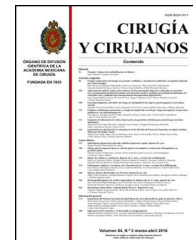




CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Adenocarcinoma de la tercera porción duodenal moderadamente diferenciado



Montiel Jiménez-Fuentes*, Jaime Ruíz-Tóvar, Gustavo Díaz-García
y Manuel Durán-Poveda

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España

Recibido el 15 de abril de 2014; aceptado el 4 de septiembre de 2015

Disponible en Internet el 5 de enero de 2016

PALABRAS CLAVE

Carcinoma duodenal;
Duodeno;
Cáncer;
Endoscopia

KEYWORDS

Duodenal carcinoma;
Duodenum;
Cancer;
Endoscopy

Resumen

Antecedentes: El adenocarcinoma de duodeno es un tumor poco frecuente; representa el 33-45% de todos los tumores de intestino delgado. Los síntomas no son específicos, y el diagnóstico con frecuencia es accidental.

Caso clínico: Varón de 35 años, que consulta por dolor abdominal posprandial. La endoscopia diagnosticó un tumor de la tercera porción duodenal (adenoma tubular con alto grado de displasia mediante la biopsia endoscópica). La tomografía computada, la resonancia magnética nuclear y la ecoendoscopia, mostraron un tumor de la tercera porción duodenal, sin metástasis linfáticas o peritoneales. Se realizó resección parcial del duodeno y el diagnóstico definitivo fue de adenocarcinoma de la tercera porción duodenal sobre adenoma tubular pT2N0M0.

Conclusiones: Las neoplasias de duodeno son muy raras. La duodenopancreatectomía cefálica se recomienda para los tumores de localización proximal, mientras que las resecciones segmentarias son apropiadas para localizaciones distales, con la misma supervivencia.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Moderately differentiated adenocarcinoma of the third duodenal portion

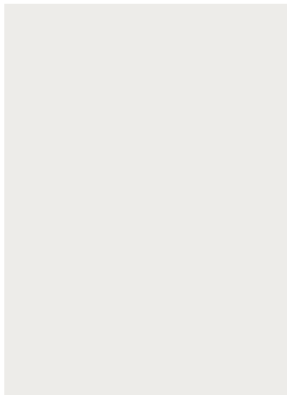
Abstract

Background: Duodenal carcinoma is very rare. It represents 33-45% of the all tumours of the small bowel. The symptoms are non-specific, and the diagnosis is often accidental.

Clinical case: A 35-year old man was admitted to our hospital with post-prandial abdominal pain. Upper gastrointestinal examination revealed a tumour of the third duodenal portion,

* Autor para correspondencia: C/ Gladiolo, s/n, Móstoles, Madrid, España. Teléfono: +62996 6013.

Correos electrónicos: montieljf@hotmail.com, montiel.jf77@gmail.com (M. Jiménez-Fuentes).



which was diagnosed, using endoscopic biopsy, as a tubular adenoma with high grade dysplasia. The computed axial tomography scan, the magnetic resonance imaging, and the endoscopic ultrasound showed the neoplasia of the third duodenal portion with no lymph node or peritoneal metastases. Partial resection of the duodenum was performed. The definitive histopathological diagnosis was primary adenocarcinoma of the third duodenal portion. pT2 N0M0, originated in a tubular adenoma.

Conclusions: Primitive neoplasia of the duodenum is very rare. Duodeno-cephalo-pancreatectomy is recommended in proximally located tumours, while segmental resection of the duodenum is appropriate for distal locations, with the same survival.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

Los tumores malignos del intestino delgado son raros, presentándose en la mayoría de los pacientes con signos y síntomas poco específicos, lo cual dificulta su diagnóstico en estadios tempranos. Representan del 33 al 45% de los tumores de intestino delgado¹, siendo solo el 0.3-0.5% de todas las neoplasias gastrointestinales.

Aunque se han publicado tratamientos endoscópicos para estadios precoces², el tratamiento quirúrgico es el de elección para las fases más avanzadas.

Caso clínico

Varón de 35 años que consulta por dispepsia. Se realizó gastroscopia que reveló la existencia de una tumoración exofítica de aspecto adenomatoso friable de la segunda y tercera porción duodenal (fig. 1), sin afectación de la ampolla, con ocupación de más del 75% de la circunferencia duodenal. Los resultados de laboratorio reportaron que los marcadores tumorales antígeno carbohidrato 19.9 (Ca 19.9) y antígeno carcinoembrionario (CEA) se encontraban

dentro de la normalidad (5 UI/ml y 0.1 ng/ml, respectivamente). La tomografía computada (TC), la resonancia magnética nuclear (RMN) y la ecoendoscopia determinaron que se trataba de una neoplasia de la segunda y tercera porción duodenal, sin afectación metastásica local linfática ni a distancia. Se realizó colonoscopia y tránsito intestinal completo (fig. 2), que descartaron la existencia de otros pólipos en el resto del intestino. Ante los hallazgos, se decidió la intervención quirúrgica para la exéresis de la lesión.

Durante la cirugía se confirmaron los hallazgos antes descritos, por lo que se procedió a la resección amplia que incluyó escisión de la segunda, tercera y cuarta porción duodenal, con linfadenectomía regional, con anastomosis duodeno-yeyunal latero-lateral manual. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y al tercer día del postoperatorio se inició dieta oral a tolerancia, siendo dado de alta del hospital al séptimo día.

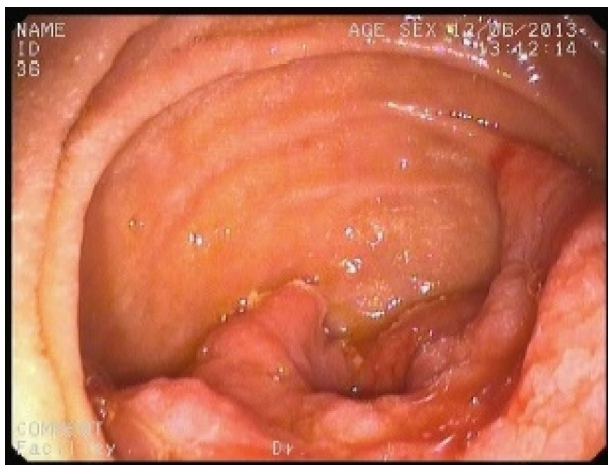


Figura 1 Gastroscopia: tumoración exofítica de tercera porción duodenal. Aspecto endoscópico.

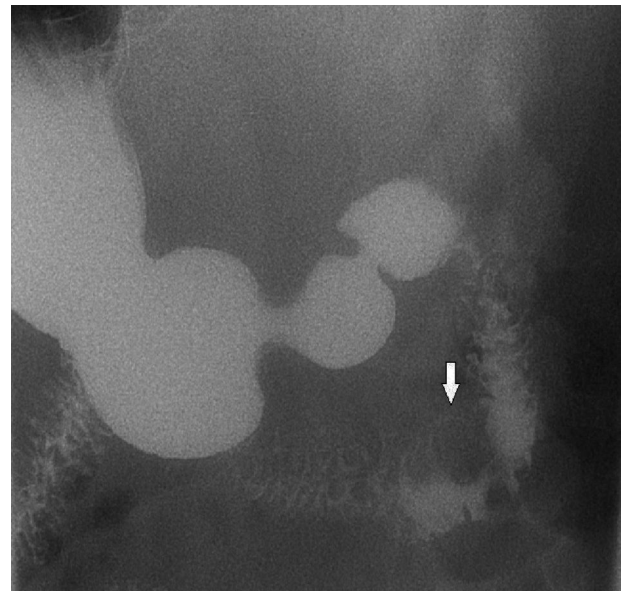


Figura 2 Tránsito esofagogastrroduodenal: tumor de segunda-tercera porción duodenal (flecha), que disminuye el calibre de la luz duodenal.

El diagnóstico histopatológico definitivo fue de adenocarcinoma primario de la segunda y tercera porción duodenal, que infiltraba la *muscularis* propia (pT2), sin invasión linfocascular, moderadamente diferenciado (G2), sin afectación linfática regional (N0) ni metástasis a distancia (M0), sobre un adenoma tubulovelloso. Tras valoración oncológica, no se realizó tratamiento de quimioterapia adyuvante. El paciente continúa libre de enfermedad tras 25 meses de seguimiento.

Discusión

El adenocarcinoma duodenal representa solo el 0.3% de las neoplasias gastrointestinales, siendo la frecuencia de aparición del 15% en la primera porción, 40% en la segunda, y 45% en la tercera y cuarta porción del duodeno³.

Los adenomas duodenales no ampulares son lesiones poco frecuentes, catalogadas como lesiones precancerosas, las cuales se pueden asociar con enfermedades como la poliposis adenomatosa familiar, el síndrome de Peutz-Jeghers, o bien aparecer de forma esporádica, sugiriéndose 2 vías para el desarrollo de carcinoma duodenal: la secuencia adenoma-carcinoma y el desarrollo de cáncer *de novo*.

Se ha reportado que, en el adenocarcinoma de intestino delgado asociado a adenomas esporádicos, la supervivencia es mayor en los casos sin esta asociación, la mayoría de los casos de adenocarcinoma adenoma esporádico se localizan a nivel del duodeno y adenoma esporádico, a nivel del duodeno y yeyuno¹.

Los síntomas no son específicos, siendo la endoscopia digestiva alta el estándar de oro para el diagnóstico, aunque pueden existir falsos negativos en la tercera y cuarta porción duodenal, ya que estas porciones pueden ser inaccesibles mediante esta técnica⁴, siendo la ecoendoscopia y la TC adecuados para la estadificación tumoral, aunque, en ocasiones son necesarias otras técnicas como la capsuloendoscopia o la enteroscopia de doble balón para poder establecer el diagnóstico.

El tratamiento quirúrgico óptimo no está bien definido. Inicialmente se recomendaba la duodenopancreatectomía cefálica⁵, aunque últimamente esta tendencia ha sido cuestionada a favor de la resección duodenal segmentaria^{4,6}.

La morbilidad documentada tras ambos tipos de cirugía es similar, no obstante que algunos autores han señalado una discreta mayor morbilidad tras la resección duodenal⁷ con 9-25% de fístula peripancreática, 20% de abscesos intraabdominales, 9% de peritonitis, 13% de sangrado intraabdominal y 22% de retraso en el vaciamiento gástrico.

En cuanto a la mortalidad, no existen diferencias entre ambas técnicas en la literatura⁷, aunque no existe ningún estudio que compare los 2 procedimientos quirúrgicos en tumores con la misma localización.

Las neoplasias de la primera porción duodenal tienen peor pronóstico, debido a la relación topográfica con los órganos próximos, lo que no sucede con otras porciones del duodeno⁸. Por ello, se recomienda que en las localizaciones proximales sería más adecuada la duodenopancreatectomía cefálica, así como en pacientes con enfermedad localmente avanzada (N1), mientras que la resección duodenal segmentaria es preferible para localizaciones distales, ya que esta última parece tener menos complicaciones, un curso postoperatorio más fácil y la misma supervivencia,

habiéndose documentado buenos resultados con resecciones segmentarias independientemente del estado de los ganglios regionales⁹.

El papel de la quimioterapia adyuvante no está bien definido, aunque algunos autores han encontrado mejoría a largo plazo en la supervivencia¹⁰.

Nuestro paciente tenía un adenocarcinoma duodenal T2 sin invasión linfática ni invasión pancreática, por lo que se realizó resección segmentaria con buen resultado, sin quimioterapia adyuvante.

En conclusión, teniendo en cuenta la poca frecuencia de los adenocarcinomas duodenales, parece que lo más importante, además del diagnóstico, es determinar su localización, ya que puede afectar a la estrategia quirúrgica a seguir.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Chung WC, Paik CN, Jung SH, Lee KM, Kim SW, Chang UI, et al. Prognostic factors associated with survival in patients with primary duodenal adenocarcinoma. *Korean J Intern Med.* 2011;26:34–40.
2. Hurtuk MG, Devata S, Brown KM, Oshima K, Aranha GV, Pickleman J, et al. Should all patients with duodenal adenocarcinoma be considered for aggressive surgical resection? *Am J Surg.* 2007;193:319–25.
3. Coit DG. Cancer of the small intestine. En: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, editores. *Principles and practice of oncology.* Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 1204–6.
4. Han SL, Cheng J, Zhou Hz, Zeng QQ, Lan SH. The surgical treatment and outcome for primary duodenal adenocarcinoma. *J Gastrointest Cancer.* 2010;40:33–7.
5. Cheng XD, Du YA, Xu ZY, Huang L, Yang LT, Wang B, et al. A modified pancreatojejunostomy: Kissing pancreatojejunostomy. *Hepatogastroenterology.* 2012;59:289–91.
6. Sista F, de Santis G, Giuliani A, Cecilia EM, Piccione F, Lancione L, et al. Adenocarcinoma of the third duodenal portion: Case report and review of literature. *World J Gastrointest Surg.* 2012;4:23–6.
7. de Castro SMM, van Eijck CHJ, Rutten JP, Dejong CH, van Goor H, Busch ORC, et al. Pancreas-preserving total duodenectomy versus standard pancreatoduodenectomy for patients with familial adenomatous polyposis and polyps in the duodenum. *Br J Surg.* 2008;95:1380–6.

8. Pozzetto B, Guarino G, Tonello C, Liguori G. Treatment of adenocarcinoma of the duodenum: Presentation of 4 clinical cases and review of the literature. *Chir Ital.* 2002;54:195–201.
9. Albagli RO, Carvalho GS, Mali Junr J, Eulálio JM, de Melo EL. Comparative study of the radical and standard lymphadenectomy in the surgical treatment of adenocarcinoma of the ampula of Vater. *Rev Col Bras Cir.* 2010;37:420–5.
10. Onkendi EO, Boostrom SY, Sarr MG, Farnell MB, Nagorney DM, Donohue JH, et al. Neoadjuvant treatment of duodenal adenocarcinoma: A rescue strategy. *J Gastrointest Surg.* 2012;16:320–4.