

○ CASO CLÍNICO

Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de duodeno originado en un adenoma tubular

Moderately differentiated duodenal adenocarcinoma originated in a tubular adenoma

Luis Eduardo Zamora-Nava,¹ Braulio Martínez-Benítez,² Rafael Barreto-Zúñiga¹

Resumen

Hombre de 70 años de edad sin antecedentes de importancia, que acudió a valoración por sintomatología caracterizada por pérdida de peso no intencional, saciedad y plenitud posprandial, así como dolor abdominal. Como parte de su abordaje se realizaron Tomografía Computarizada de abdomen y estudios endoscópicos, con los que se estableció el diagnóstico de tumoración localizada entre la tercera y cuarta porción del duodeno.

Palabras clave: Duodeno, cáncer, endoscopia, México.

Abstract

Seventy years old man with no previous medical history, came to medical consult because of symptoms characterized by unintentional weight loss, satiety, postprandial fullness and abdominal pain. As part of its approach was performed abdominal computed tomography and endoscopic studies which made the diagnosis of a tumor located between the third and fourth portions of duodenum.

Keywords: Duodenum, cancer, endoscopy, Mexico.

Introducción

No obstante que el intestino delgado representa aproximadamente 70% de todo el tracto digestivo, los tumores malignos originados a este nivel representan aproximadamente 2% a 5% de todas las neoplasias gastrointestinales y 1% de las muertes relacionadas¹⁻³ 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. Actualmente, y como consecuencia de los avances en las técnicas de imagen y endoscopia, se ha mejorado la detección de estas neoplasias, sin embargo, su conocimiento todavía es limitado.⁴

¹Departamento de Endoscopia

²Departamento de Patología Humana

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D. F.

Correspondencia: Dr. Luis Eduardo Zamora Nava. Vasco de Quiroga

N°15. Col. Sección XVI. Tlalpan, 14000, México, D. F. México. Correo electrónico: luiseduardozn@hotmail.com

Presentación del caso

Hombre de 70 años de edad sin antecedentes de importancia. Inició su sintomatología cinco meses previos a su ingreso con pérdida de peso no intencionada de aproximadamente 20 kg, asociada a sensación de plenitud posprandial y saciedad temprana, agregándose posteriormente dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, así como también, náusea y vómito posprandial. Se le realizó esófago-gastro-duodenoscopia, con la que se evidenció residuo en la cámara gástrica, dilatación de la primera y segunda porción del duodeno con abundante residuo e imposibilidad para pasar a la tercera porción del duodeno. Con base en ello, se le solicitó estudio tomográfico de abdomen, con contraste oral e intravenoso, en el que se señaló dilatación de cámara gástrica y duodeno, así como zona abrupta de estenosis entre la tercera y cuarta porción del duodeno (**Figura 1**).

Con base en estos hallazgos, se le realizó enteroscopia de empuje, encontrándose a nivel de la tercera y cuarta porción de duodeno, una tumoración exofítica con mucosa de aspecto adenomatoso, friable, la cual condicionaba estenosis concéntrica mayor de 90% (**Figuras 2a y 2b**). El informe histopatológico de las muestras tomadas fue de adenocarcinoma moderadamente diferenciado originado en un adenoma tubular (**Figuras 3a y 3b**). Como parte del protocolo de estudio se realizaron duodenoscopia y colonoscopia las cuales fueron normales, en los estudios de laboratorio (citología hemática y pruebas de funcionamiento hepático) no se documentaron anomalías.

Con base a lo anterior el caso fue clasificado con un estadio IIa (T3, N0) y fue sometido a duodenectomía, con la que se evidenció una tumoración de 2.5 cm, unifocal, tipo histológico adenocarcinoma moderadamente diferenciado, extensión microscópica hasta serosa y márgenes negativos.

Discusión

Actualmente el empleo de la endoscopia como herramienta diagnóstica en pacientes con síntomas gastrointestinales ha incrementado la frecuencia de detección de patología a nivel duodenal.^{5,6} Los adenomas duodenales no ampulares son lesiones poco frecuentes catalogadas como lesiones precancerosas, las cuales se pueden encontrar asociadas a patologías con base genética (poliposis adenomatosa

○ **Figura 1.** Tomografía computarizada de abdomen con contraste oral e intravenoso. Zona de estenosis filiforme a nivel de la tercera y cuarta porción del duodeno (flecha).



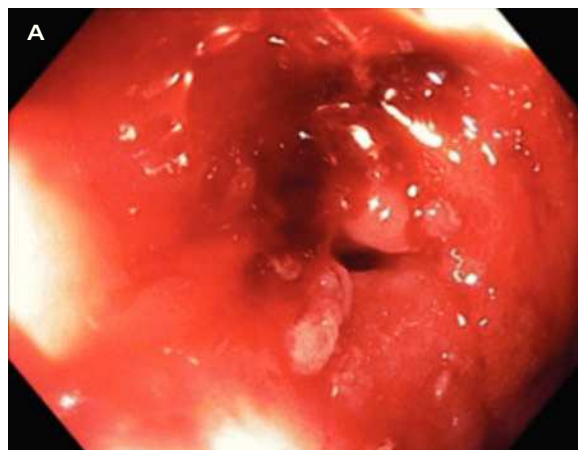
familiar, síndrome de Peutz-Jeghers), o bien de forma esporádica, sugiriéndose dos vías para el desarrollo de carcinoma duodenal: la secuencia adenoma-carcinoma, y el desarrollo de cáncer *di novo*.⁷

Es importante considerar que las lesiones duodenales malignas pueden coexistir con patología benigna, por lo que el reconocimiento e identificación de todo pólipo/tumor es necesario para el diagnóstico y tratamiento adecuados. Se ha señalado en la bibliografía que en los casos de adenocarcinoma de intestino delgado asociados a adenomas esporádicos, la supervivencia es mayor a la observada en aquellos en los que no se encuentra dicha asociación, encontrándose la mayoría de los casos de adenocarcinoma/adenoma esporádico a nivel del duodeno y yeyuno.⁴

Comparado con el resto de las neoplasias del tracto gastrointestinal, el adenocarcinoma duodenal representa tan sólo 0.3% de éstas, siendo la frecuencia de involucro 15% en la primera porción, 40% en la segunda, y 45% en la tercera y cuarta porción del duodeno.^{8,9}

El adenocarcinoma duodenal afecta principalmente a pacientes durante la séptima década de la vida; su diagnóstico generalmente es tardío (meses) debido a que se presenta con sintomatología poco específica (pérdida de peso, náusea, vómito, dolor abdominal), debido a su comportamiento es considerado un tumor agresivo con una supervivencia a cinco años de 25% a 33%, sin embargo, con resección radical puede mejorar hasta 54%, siendo menor el efecto observado con la quimioterapia y radioterapia.^{8,10,11}

○ **Figura 2.** Estenosis concéntrica entre la tercera (2a) y cuarta porción del duodeno (2b) con presencia de lesión polipoide de aspecto adenomatoso.



Debido a la baja frecuencia de esta patología, la mayoría de los estudios clínicos son retrospectivos e incluyen pacientes en todos los estadios de la enfermedad sin realizar análisis de los subgrupos, por lo que hasta el momento no se cuenta con evidencia clínica contundente que evalúe el papel de la quimioterapia o radioterapia adyuvante en los casos de adenocarcinoma duodenal, encontrándose en la mayoría de los estudios mínima o nula mejoría en la supervivencia en los pacientes que reciben estas modalidades terapéuticas.¹²⁻¹⁴

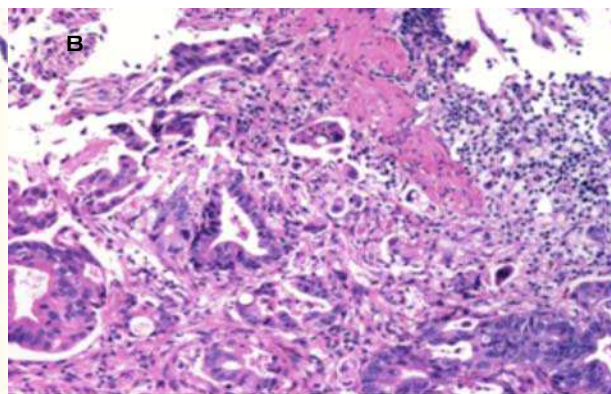
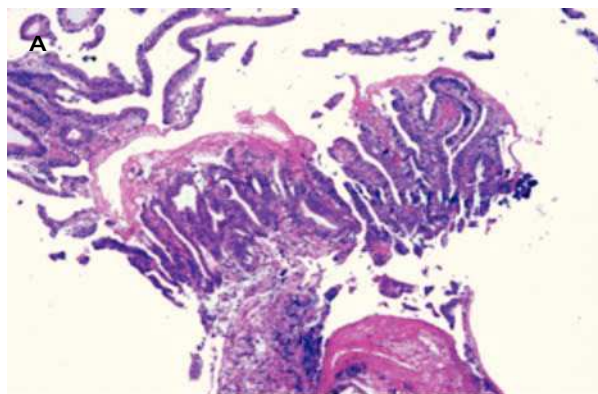
Los principales factores asociados con un mejor pronóstico son el estadio tumoral al momento del diagnóstico (T1-T2, N0, M0), localización (duodeno),

grado de diferenciación (bien diferenciado), profundidad de invasión (limitado a pared duodenal), y ausencia de metástasis.^{4,11}

Referencias

1. Hatzaras I, Palesty J, Abir F, et al. Small-bowel tumors: epidemiologic and clinical characteristics of 1260 cases from the Connecticut Tumor Registry. *Arch Surg* 2007;142:229-35.
2. Shao-Liang H, Jun C, Hong-Zhong Z, et al. Surgically treated primary malignant tumor of small bowel: A clinical analysis. *World J Gastroenterol* 2010;16:1527-32.
3. Jemal A, Siegel R, Ward E. Cancer statistics 2008. *CA Cancer J Clin* 2008;58:71-96.
4. Chang H, Yu E, Kim J, et al. Adenocarcinoma of the small intestine: a multi-institutional study of 197 surgically resected cases. *Hum Pathol* 2010;41:1087-96.
5. Abbass R, Rigaux J, FH A-K. Nonampullary duodenal polyps: characteristics and endoscopic management. *Gastrointest Endosc*. 2010; 71: 754-9.

○ **Figura 3.** Biopsias de adenoma tubular (3a) y zona de adenocarcinoma a nivel duodenal (3b).





6. Sohn J, Jeon S, Cho C, et al. Endoscopic resection of duodenal neoplasms: a single-center study. *Surg Endosc* 2010;24:3195-200.
7. Okada K, Fujisaki J, Kasuga A, et al. Sporadic Nonampullary Duodenal Adenoma in the Natural History of Duodenal Cancer: A Study of Follow-up Surveillance. *Am J Gastroenterol* 2011;106:357-64.
8. Kanthan R, Gomez D, Senger J-L, Kanthan S. Endoscopic biopsies of duodenal polyp/mass lesions: a surgical pathology review. *J Clin Pathol* 2010;63:921-5.
9. Markogiannakis H, Theodorou D, Toutouzas K, et al. Adenocarcinoma of the third and fourth portion of the duodenum: a case report and review of the literature. *Cases J* 2008;1:98.
10. Zhang S, Cui Y, Zhong B, et al. Clinicopathological characteristics and survival analysis of primary duodenal cancers: a 14-year experience in a tertiary centre in South China. *Int J Colorectal Dis* 2011;26:219-26.
11. Bakaeen F, Murr M, Sarr M, et al. What prognostic factors are important in duodenal adenocarcinoma? *Arch Surg* 2000;135:635-41.
12. Overman MJ, Kopetz S, Lin E, Abbruzzese JL, Wolff RA. Is there a role for adjuvant therapy in resected adenocarcinoma of the small intestine. *Acta Oncol* 2010;49:474-9.
13. Halfdanarson TR, McWilliams RR, Donohue JH, Quevedo JF. A single-institution experience with 491 cases of small bowel adenocarcinoma. *Am J Surg* 2010;199:797-803.
14. Klinkenbijl JH, Jeekel J, Sahmoud T, et al. Adjuvant radiotherapy and 5-fluorouracil after curative resection of cancer of the pancreas and perampullary region: phase III trial of the EORTC gastrointestinal tract cancer cooperative group. *Ann Surg* 1999;230:776-82.

