



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

P-150 - GASTROSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE ADENOCARCINOMA DE INTESTINO DELGADO

Marina Vélez, Joaquín Castillo-Iturra, Miriam Cuatrecasas, Teresa Ocaña, Liseth Rivero-Sánchez, María Pellisé, Francesc Balaguer, Leticia Moreira y Ariadna Sánchez

Hospital Clínic de Barcelona.

Resumen

Introducción: El adenocarcinoma de intestino delgado (AID) es un cáncer poco frecuente, que suele conllevar un diagnóstico tardío y cuyo cribado no está establecido.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, con inclusión de pacientes diagnosticados de AID en nuestro centro entre 2004-2019. Revisión de datos clínicos y endoscópicos. El objetivo de este estudio es describir las características clínico-patológicas del AID y las exploraciones previas a su diagnóstico.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes con AID: 13 (52%) hombres con una mediana 67 años (RIQ 49-76) al diagnóstico. Destacan 2 (8%) pacientes celiacos, 1 (4%) con enfermedad de Crohn y 3 (12%) con síndrome de Lynch. Quince (60%) tumores se localizaron en duodeno, 8 (32%) en yeyuno y 2 (8%) en íleon. El estadio al diagnóstico fue I en 1 (4%) caso, II en 8 (32%), III en 10 (40%) y IV en 6 (24%), con una mortalidad por AID del 48% (12) y una supervivencia a los 5 años del 46,2%. En todos los pacientes de los que disponemos información (23/25) el estudio diagnóstico se realizó tras presentar síntomas: 9 (39%) anemia, 3 (13%) hemorragia digestiva, 3 (13%) dispepsia, 6 (26%) cuadro suboclusivo, 1(4%) ictericia y 1 (4%) síndrome constitucional. En 6 de los casos (26%), los pacientes requirieron cirugía preferente tras realización de TAC (5 casos, 20%) o tránsito esofagogastroduodenal (TEGD) (1, 4%) por cuadros oclusivos, sin confirmación histológica previa. Respecto al resto, el diagnóstico definitivo fue por gastroscopia en 12 (48%) (10 duodenales y 2 en yeyuno proximal). En 7 (28%) casos se realizó el diagnóstico por enteroscopia, tras sospecharse por TAC (3), PET (1), TEGD (2) o cápsula endoscópica (1),2 (29%) estaban localizados en duodeno distal y 5 en yeyuno (71%). En los 15 pacientes con tumores en duodeno, 11 (85%) fueron diagnosticados por una gastroscopia solicitada por síntomas, 2 (13%) por enteroscopia y 2 (13%) por TAC con cirugía posterior preferente. Tres (20%) pacientes tenían gastroscopias previas informadas como normales, con una mediana de 3,2 meses (RIQ;2,5-6) entre la primera endoscopia y el diagnóstico de AID.

Conclusiones: A pesar de la baja incidencia de AID, se debe considerar en el diagnóstico diferencial e incluirlo como sospecha diagnóstica con el fin de aumentar la capacidad diagnóstica y mejorar el pronóstico. Se debe conocer que la localización más frecuente es en duodeno, por lo que en muchos casos es accesible por gastroscopia. Para mejorar la detección, se recomienda que la gastroscopia de pacientes con signos de alarma o síntomas persistentes (> 6 meses) como anemia, dispepsia o vómitos, incluya una inspección minuciosa de bulbo, duodeno e idealmente tercera porción duodenal.