

CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL Y VÓMITOS DE REPETICIÓN

J.M. Vázquez-Morón¹, F.J. Martínez-Marcos², B. Benítez-Rodríguez¹, H. Pallarés-Manrique¹, M. Ramos-Lora¹

¹Sección de Aparato Digestivo. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 53 años de edad, que presenta dolor abdominal, vómitos y pérdida de peso de 2 meses de evolución. Se realizaron pruebas de laboratorio, técnicas de imagen y endoscopia oral evidenciándose tumoración a nivel duodenal. El análisis histológico constató el diagnóstico de adenocarcinoma de duodeno, que fue confirmado tras resección duodenal.

Introducción

El adenocarcinoma de duodeno es una entidad poco frecuente, aunque supone la neoplasia más común a nivel duodenal. Su incidencia se ha incrementado en los últimos años, en parte debido al desarrollo de las pruebas de imagen y de las técnicas endoscópicas. Presenta signos y síntomas inespecíficos, lo que a menudo conlleva un diagnóstico en fases avanzadas de la enfermedad, presentando peores resultados terapéuticos.

Caso clínico

Mujer de 53 años con antecedentes de hipercolesterolemia y síndrome depresivo. Acude a urgencias por presentar desde hace 2 meses dolor epigástrico postprandial, vómitos alimenticios y biliosos a diario, acompañado de anorexia y pérdida de unos 10 kg de peso en este período de tiempo. A la exploración presentaba auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos; abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación epigástrica sin signos de peritonismo y sin palpase masas ni visceromegalias. En el hemograma se observó Hb de 10.1 g/dl, VCM de 74.9 fl, leucocitos 12800/mm³ (89% segmentados, 5.9% linfocitos, 4.9% monocitos), plaquetas 543000/mm³. En el resto de las pruebas de laboratorio no se observaron alteraciones, salvo discreta elevación de los reactantes de fase aguda (PCR 2.4 mg/dl y VSG 59 mm/h). La radiografía simple de abdomen no mostró signos de patología. En la TAC abdominal se apreció a nivel de cuarta porción duodenal, cercano a ángulo de Treitz, un engrosamiento irregular de la pared duodenal con aumento de densidad de la grasa, así como múltiples pequeñas adenopatías locales menores de 1 cm (**Figura 1**). En la endoscopia oral se observó a nivel de 3^ª-4^ª porción duodenal una lesión ulcerada, de consistencia dura y de bordes sobreelevados que ocluía parcialmente la luz intestinal (**Figura 2**).

Se toman biopsias de dicha lesión, siendo el diagnóstico histológico de adenocarcinoma de duodeno. Se realizó intervención quirúrgica, en la que se halló una tumoración en cuarta porción duodenal que infiltraba mesoyeyuno y mesocolon, respetando eje mesentérico,

CORRESPONDENCIA

Juan María Vázquez Morón
Sección Aparato Digestivo
Hospital Juan Ramón Jiménez
Ronda Exterior Norte, S/N. 21005 Huelva.
Teléfono: 648 016 938
juanma_cartaya@hotmail.com

realizándose resección duodenal y reconstrucción con anastomosis látero-lateral. El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue de adenocarcinoma duodenal bien diferenciado (**Figura 3**) que infiltra serosa. Posteriormente la paciente recibió tratamiento con quimioterapia y actualmente está en seguimiento por el servicio de oncología médica.

Discusión

Las neoplasias malignas del intestino delgado son poco frecuentes. Representan sólo el 2% de todas las neoplasias gastrointestinales y menos del 0,4% de todos los cánceres.



Figura 1

Engrosamiento irregular a nivel de 4ª porción duodenal.

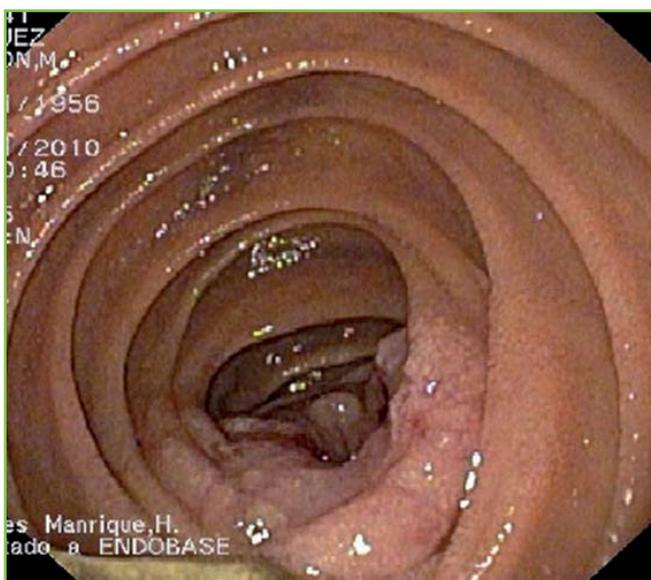


Figura 2

Lesión ulcerada de bordes sobreelevados en 4ª porción duodenal.

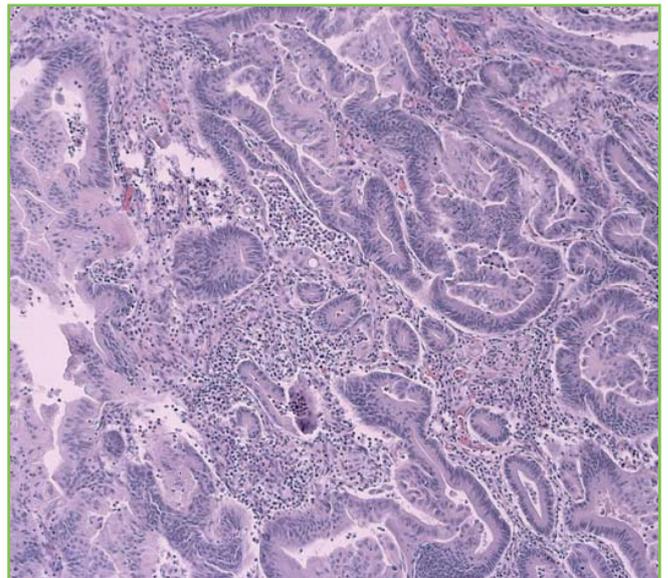


Figura 3

Núcleos de gran tamaño con desproporción núcleo-citoplasma y pleomorfismo.

A nivel duodenal, el adenocarcinoma es la neoplasia más frecuente, suponiendo el 64% de los tumores malignos a este nivel¹. La edad de aparición está en torno a los 50-70 años, con mayor predominio en sexo masculino y mayor frecuencia en pacientes de raza negra. La edad de inicio tiende a ser menor en pacientes con factores predisponentes como enfermedad de Crohn, antecedentes de cáncer colorrectal y poliposis adenomatosa familiar. La presentación clínica del adenocarcinoma duodenal es inespecífica, siendo los síntomas más frecuentes dolor abdominal, náuseas, vómitos, anemia, hemorragia digestiva, ictericia y pérdida de peso. En ocasiones puede provocar oclusión u obstrucción de la luz intestinal. Más del 50% de los pacientes presentan enfermedad avanzada al momento del diagnóstico². La principal técnica diagnóstica es la endoscopia digestiva alta con toma de biopsias. La ecoendoscopia es útil para valorar la profundidad del tumor en la pared duodenal. La TAC es la principal técnica de imagen para identificar el tumor primario y valorar su extensión. El tránsito intestinal y la enteroclis son otras técnicas útiles. La enterorresonancia magnética o la enterotomografía computerizada son técnicas con mayor resolución, que presentan resultados muy prometedores³. La resecabilidad del tumor es la cualidad que define la actitud terapéutica; en adenocarcinomas resecables se indica realizar pancreatoduodenectomía si se localiza en la primera o segunda porción duodenal y resección segmentaria si se presenta en la tercera o cuarta porción duodenal, con lifadenectomía regional. Si hay afectación de los ganglios linfáticos se indica administrar quimioterapia postoperatoria. La utilización de quimioterapia neoadyuvante se ha estudiado en pocos pacientes y aún no está bien definido cuándo utilizarla. En adenocarcinomas irresecables se indica quimioterapia y resección paliativa si provoca amplia oclusión de la luz duodenal⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2009. *CA Cancer J Clin* 2009; 59:225.
2. Halfdanarson TR, McWilliams RR, Donohue JH, et al. A single-institution experience with 491 cases of small bowel adenocarcinoma. *Am J Surg* 2010; 199:797.
3. Van Weyenberg SJ, Meijerink MR, Jacobs MA, et al. MR enteroclysis in the diagnosis of small-bowel neoplasms. *Radiology* 2010; 254:765.
4. Bilimoria KY, Bentrem DJ, Wayne JD, et al. Small bowel cancer in the United States: changes in epidemiology, treatment, and survival over the last 20 years. *Ann Surg* 2009; 249:63.