

Adenocarcinoma duodenal: un diagnóstico poco frecuente

Duodenal adenocarcinoma: a rare diagnosis

Laura Peño Muñoz¹, Lydia Plana Campos¹, Luis Ferrer Barceló¹, Laura Sanchís Artero¹, Laura Larrey Ruiz¹, Paola Núñez Martínez¹, Ana Monzó Gallego¹, Luis Ferrer Arranz¹, José M. Huguet Malavés¹, Javier Sempere García-Argüelles¹, Pilar Canelles Gamir¹, Enrique Medina Chuliá¹

¹ Servicio de Patología Digestiva, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia, España.

Recibido: 28-5-2015

Aprobado: 19-10-2015

RESUMEN

El adenocarcinoma duodenal es una entidad poco prevalente que suele cursar con clínica de vómitos, pérdida de peso e hiporexia; presentándose más frecuentemente en varones en la sexta década de la vida. La endoscopia digestiva alta supone la técnica de elección para el diagnóstico, siendo útiles para el estudio de extensión tanto la ecoendoscopia como la tomografía computarizada (TC). En relación a esta rara patología presentamos el caso de un paciente diagnosticado de neoplasia de bulbo duodenal en nuestro centro.

Palabras clave: Neoplasias duodenales; Carcinoma de células en anillo de sello; Úlcera duodenal (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Duodenal adenocarcinoma is a rare disease whose symptoms are usually vomit, weight loss and lack of appetite; appearing more frequently in men in their sixties. Upper gastrointestinal endoscopy is the technique chosen for its diagnosis, also relying on other techniques such as endoscopic ultrasonography or computed tomography for the extension study. In this regard we report the case of a patient diagnosed of bulbar duodenal adenocarcinoma in our hospital.

Palabras clave: Duodenal neoplasms; Carcinoma, signet ring cell; Duodenal ulcer (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma duodenal es una patología muy infrecuente, originado en la mayoría de los casos a partir de un adenoma (similar a la secuencia descrita en el cáncer colorrectal)⁽¹⁾ y cuya escasa sintomatología en estadios iniciales suele conllevar un retraso diagnóstico. La técnica de elección para el diagnóstico es la gastroscopia o duodenoscopia, apoyándose en otras técnicas tales como ecoendoscopia y TC para el estudio de extensión. El tratamiento en estadios muy precoces puede ser la resección mucosa por vía endoscópica, siendo de elección el abordaje quirúrgico en casos localmente avanzados. En caso de metástasis, la quimioterapia será el tratamiento electivo. El factor pronóstico más importante en este tipo de patología es la invasión linfática. Dada la baja frecuencia de esta entidad, existen pocos casos publicados en la literatura⁽²⁾.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un hombre de 55 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que consultó por pirosis y epigastralgia junto con pérdida de 18 kg de peso en un año. En la analítica completa únicamente destacaba una fosfatasa alcalina de 1183

(valores normales: 40-129 U/L), con marcadores tumorales de neoplasia gastrointestinal (CEA y Ca 19,9) dentro de la normalidad. Se le recetó omeprazol, con escasa mejoría de la sintomatología, y se solicitó estudio endoscópico.

La gastroscopia mostró a nivel de cara anterior de bulbo duodenal una úlcera de 1 cm de profundidad con base de fibrina que se biopsió, ya que retraía y estenosaba parcialmente la luz y el paso a segunda porción duodenal. A este nivel la mucosa presentaba un engrosamiento concéntrico, siendo congestiva e irregular. Sin embargo, la histología no objetivó criterios de malignidad.

A pesar de los hallazgos anatomopatológicos, dada la sintomatología sugestiva de malignidad, se solicitó estudio radiológico mediante TC. Éste reveló formaciones ganglionares en localización retroaórtica y precarinal menores de 12 mm, distensión gástrica con pliegues engrosados y marcada heterogeneidad de densidad en ambas palas ilíacas y sacro, además de una lesión lítica bien delimitada en soma T3-4. Ante la sospecha de lesiones metastásicas óseas, se solicitó gammagrafía ósea con patrón indicativo de enfermedad ósea diseminada. Dado que hasta ese



Figura 1. Imagen de ecoendoscopia. En la imagen se observa engrosamiento circunferencial de la pared duodenal, heterogéneo, predominantemente hipocóico, con pérdida de la estratificación de las capas. Se aprecia una imagen de digitación de la tumoración, sugestiva de infiltración grasa periduodenal, sin invasión de estructuras vecinas (T3).

momento el diagnóstico era de metástasis óseas de tumor primario desconocido, se solicitó tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada que mostró afectación ganglionar supradiaphragmática y ósea múltiple, y un depósito en estómago/duodeno. Se realizó ecoendoscopia de tracto digestivo superior objetivándose engrosamiento circunferencial de la pared bulbar en transición a segunda porción con pérdida de estratificación de las capas, sin adenopatías perilesionales aunque sí a distancia (adenopatías patológicas subcarinales, así como paraaórticas y en ventana aortopulmonar) (Figura 1). El análisis histológico del úlcus duodenal tomado en éste segundo tiempo fue compatible con adenocarcinoma duodenal con células en anillo de sello.

Tras el diagnóstico el paciente inició tratamiento paliativo con quimiorradioterapia, falleciendo al año.

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma de intestino delgado es una patología muy infrecuente (menos del 5% de tumores gastrointestinales), aunque supone el subtipo histológico maligno más habitual en esta localización (40%)⁽³⁾. Se sitúa principalmente en la segunda porción duodenal (75% de los casos), siendo excepcional su hallazgo en el bulbo⁽¹⁾. En la mayoría de los casos se origina a partir de un adenoma preexistente, siguiendo una secuencia comparable a la progresión adenoma-adenocarcinoma descrita en el cáncer colorrectal⁽¹⁾.

El adenocarcinoma duodenal suele diagnosticarse más frecuentemente en varones en la sexta década de la vida. La escasa sintomatología en estadios iniciales, junto con la ausencia de hallazgos analíticos específicos, conlleva a menudo un retraso en el diagnóstico (habitualmente entre 8 y 12 meses). La forma de presentación suele ser inespecífica, siendo la triada típica hiporexia, vómitos y pérdida de peso. Otros síntomas son dolor abdominal, obstrucción, ictericia en caso de localización periampular, hemorragia digestiva y perforación^(2,4,5).

La presencia de células en anillo de sello en el bulbo duodenal no tiene una clara explicación histológica, si bien podría tratarse de mucosa gástrica heterotópica⁽⁶⁾.

En cuanto al diagnóstico, la gastroscopia o duodenoscopia es la técnica de elección ya que permite identificar, localizar y tomar biopsias de la lesión, cuyo aspecto no difiere mucho de una úlcera péptica benigna^(2,7), razón por la cual en la mayoría de ocasiones no se procede a la toma de biopsias. El uso del Narrow-band imaging en estas situaciones permite realzar las lesiones y podría ser de utilidad en el futuro para predecir el grado de afectación histológica de los tumores duodenales que no afectan a la papila⁽⁸⁾. La ecoendoscopia es útil para la toma de biopsias y estudio de extensión loco-regional, ya que permite valorar la arquitectura de las diferentes capas que componen la pared intestinal y las estructuras adyacentes a la lesión, así como para la planificación terapéutica⁽²⁾ en aquellos casos en los que sea posible un abordaje endoscópico. La TC se utiliza habitualmente para la evaluación de diseminación a distancia⁽⁴⁾.

El tratamiento en estadios muy precoces puede ser la resección mucosa por vía endoscópica. En casos localmente avanzados (máximo 3 ganglios afectados sin diseminación a distancia) el tratamiento quirúrgico es de elección, proponiéndose la pancreatoduodenectomía cefálica si afecta a primera o segunda porción duodenal o la resección segmentaria cuando afecta a tercera o cuarta porción, incluyendo linfadenectomía regional en todos los casos. Si existe diseminación a distancia, el papel quirúrgico se limita a la cirugía derivativa en casos seleccionados. La quimioterapia puede estar indicada cuando existen metástasis o ganglios regionales afectados^(2,4,5,9,10).

La supervivencia es pobre en todos los estadios, siendo el factor pronóstico más importante la invasión linfática⁽¹¹⁾.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramia JM., Villar J., Palomeque A., Muffak K., Mansilla A., Garrote D, et al. Adenocarcinoma de duodeno. *Cir Esp*. 2005;77(4):208-12.
2. Téllez-Villajos L, Garrido-Gómez E, Martín-De-Argila C, Gil-Grande L, Tavío-Hernández E, Albillos-Martínez A. Adenocarcinoma de bulbo duodenal, un diagnóstico poco sospechado. *Gastroenterol Hepatol* 2014;37(4):251-3.
3. Suárez Callol P, Huguet Malavés JM, Sempere García-Argüelles J, Canelles Gamir P, Medina Chuliá E. Adenocarcinoma ileal diagnosticado por enteroscopia de doble balón. *Rev Esp Enferm Dig*. 2009;101(2):881-2.
4. Aparicio T, Zaanan A, Svrcek M, Laurent-Puig P, Carrere N, Manfredi S, et al. Small bowel adenocarcinoma: epidemiology, risk factors, diagnosis and treatment. *Dig Liver Dis*. 2014;46(2):97-104.
5. Sierra M, Linares P, Álvarez M, Díez R, Rascarachi G, Arias L, et al. Adenocarcinoma del bulbo duodenal con células en anillo de sello. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31(2):104-9.
6. Lessells AM, Martin DF. Heterotopic gastric mucosa in the duodenum. *J Clin Pathol*. 1982;35(6):591-5.
7. Domínguez L, Pita L. ¿Realmente no existe la úlcera duodenal maligna? *Rev Esp Enferm Dig*. 2011;103(1):47-8.
8. Yoshimura N, Goda K, Tajiri H, Ikegami M, Nakayoshi T, Kaise M. Endoscopic features of nonampullary duodenal tumors with narrow-band imaging. *Hepatogastroenterology* 2010;57(99-100):462-7.
9. Nakano T, Sugawara K, Hirau K, Hirano Y, Hashimoto M, Kaiho T, et al. Primary adenocarcinoma of the fourth portion of the duodenum: "A case report and literature review". *Int J Surg Case Rep*. 2013;4(7):619-22.
10. Bilimoria K, Bentrem D, Wayne J, Ko C, Bennett C, Talamonti M. Small bowel cancer in the United States. Changes in epidemiology, treatment and survival over the last 20 years. *Ann Surg*. 2009;249(1):63-71.
11. Liang TJ, Wang BW, Liu SI, Chou NH, Tsai CC, Chen IS, et al. Number of involved lymph nodes is important in the prediction of prognosis for primary duodenal adenocarcinoma. *J Chin Med Assoc*. 2012;75(11):573-80.

Correspondencia:

Laura Peño Muñoz

Servicio de Aparato Digestivo. Avenida Tres Cruces, 2.

46014 - Valencia, España.

E-mail: laublava@gmail.com