

ADENOCARCINOMA DE YEYUNO: UNA ENTIDAD INFRECUENTE.

Jejunal adenocarcinoma: a rare entity.

Molino Ruiz L, Ruiz Pages MT, Martín Mantis E, Hens Pérez A, Santamaría Rodríguez GJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CÁDIZ.

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 39 años, con clínica de epigastralgia, vómitos y pérdida ponderal de 6 meses de evolución. Se realizaron pruebas de laboratorio, endoscopia digestiva alta, colonoscopia y técnicas de imagen que fueron no concluyentes, hasta finalmente laparotomía exploratoria que evidenció obstrucción intestinal secundaria a tumor de yeyuno. El análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica constató el diagnóstico de adenocarcinoma invasivo de yeyuno.

Palabras clave: adenocarcinoma de yeyuno, obstrucción intestinal, síndrome constitucional.

Abstract

We present the case of a 39-year-old woman with epigastralgia, hypermesis and severe weight loss of 6 month's evolution. Laboratory tests, upper endoscopy, colonoscopy together with inconclusive imaging techniques were

performed. Finally exploratory laparotomy was carried out, revealing intestinal obstruction secondary to jejunum tumor. The pathological analysis of the surgical specimen confirmed the diagnosis of invasive jejunal adenocarcinoma.

Keywords: jejunal adenocarcinoma, intestinal obstruction, constitutional syndrome.

Introducción

El adenocarcinoma de yeyuno es una entidad muy poco frecuente, siendo el adenocarcinoma más común a nivel intestinal el de duodeno. Es más prevalente en varones entre la 6ª-7ª edad de la vida, suele cursar de forma asintomática e indolente, siendo la obstrucción intestinal asociada a dolor abdominal y anemia de perfil ferropénico las formas más frecuentes de presentación. Las pruebas de imagen junto con una elevada sospecha clínica y anamnesis minuciosa son

Laura Molino Ruiz
Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.
molino Ruiz20@gmail.com

Molino Ruiz L, Ruiz Pages MT, Martín Mantis E, Hens Pérez A, Santamaría Rodríguez GJ.
Adenocarcinoma de yeyuno: una entidad infrecuente.
RAPD 2024;47(6):549-553. DOI: 10.37352/2024476.3

CASO CLÍNICO

los pilares en los que se basa el diagnóstico de este tipo de tumor, siendo el análisis anatomopatológico imprescindible para el diagnóstico definitivo. El tratamiento y el pronóstico inicial al diagnóstico dependen del estadio tumoral en que se encuentre, presentando peor pronóstico aquellos en estadio más avanzado.

Caso clínico

Mujer de 39 años, sin antecedentes familiares de interés y personales de hemitiroidectomía izquierda por bocio multinodular multiquístico 8 años antes. Tras presentar aborto por gestación anembrionada 5 meses antes del inicio de la clínica, presentó en los 6 meses previos de acudir a nuestra consulta, dolor abdominal difuso, vómitos postprandiales, deposiciones líquidas y pérdida ponderal de hasta 26 kg.

Desde Atención Primaria, se realizaron estudios mediante ecografía abdominal con hallazgos de coledocitis, endoscopia digestiva alta y colonoscopia, sin alteraciones. Estudio analítico completo y perfil de celiaquía normal. Calprotectina 846 $\mu\text{g/g}$.

Ante persistencia de la sintomatología y del dolor abdominal, se realizó colecistectomía profiláctica en centro privado los 2 meses previos a la consulta, sin mejoría alguna de la clínica que refería a pesar de la misma.

La paciente acudió repetidamente al servicio de urgencias por persistencia del dolor abdominal, con hiperemesis y pérdida ponderal progresiva, siendo remitida a Medicina Interna, que tras estudio negativo interconsultó con nuestro servicio decidiéndose ingreso en Aparato Digestivo.

A la exploración física, presentaba dolor abdominal de forma difusa, sin claro peritonismo, pero focalizando en fosa ilíaca derecha aún con Blumberg negativo, conservando ruidos hidroaéreos. En analítica realizada, presentaba ya datos de insuficiencia renal con creatinina en 1.90 mg/dl, FG 63 ml/min/1.73m², el resto normal.

En el hemograma destacaba trombocitosis de 554000 / mm³ con marcadores tumorales normales, sin otra alteración.

En la TAC abdominal sin contraste, se apreciaban dilatación de asas de intestino delgado (yeyuno) con contenido líquido y niveles hidroaéreos e hiperrealce mucoso, identificando un cambio brusco de calibre situado a nivel de hipogastrio, datos compatibles con obstrucción de intestino delgado secundario a bridas o bien a segmento estenótico yeyunal focal sin poder determinar su naturaleza (Figura 1).

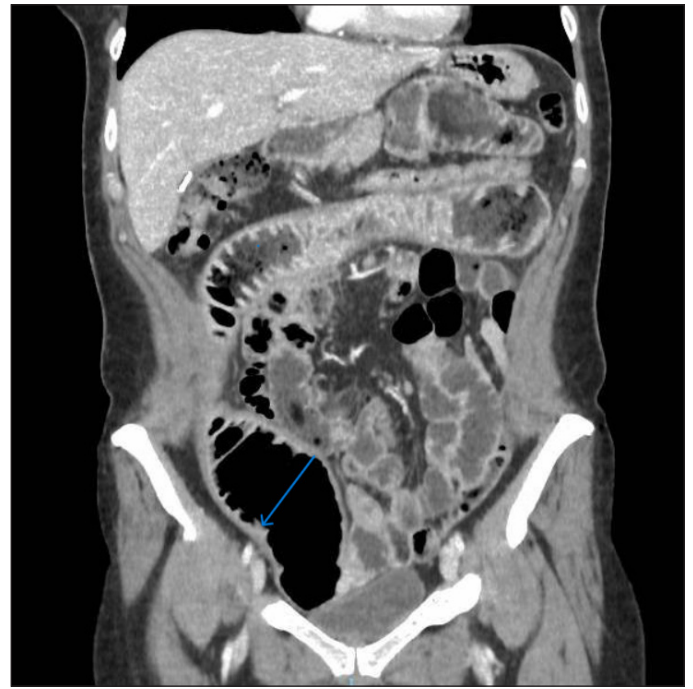


Figura 1. Corte coronal de TAC abdominal donde se identifica dilatación de asas de yeyuno (flecha azul).

Se contactó con Cirugía General para valoración, desestimando intervención quirúrgica en un primer momento y optando por tratamiento conservador. Se inició antibioterapia empírica (Ciprofloxacino y Metronidazol) y corticoterapia intravenosa. El estudio biológico evidenciaba sólo datos de anemia normocítica normocrómica. Marcadores tumorales y calprotectina normales en esta ocasión.

Se intentó el inicio a tolerancia oral, pero la paciente presentó intolerancia a ésta con dolor abdominal, vómitos y deposiciones líquidas, por lo que se realizó nuevo TAC abdominal de control donde se objetivó persistencia de la dilatación de asas de yeyuno proximal de hasta 45 mm con presencia de líquido libre en pelvis (Figuras 2 y 3).

Se contactó con Cirugía de forma urgente practicándose laparoscopia exploratoria, identificando tras exploración sistemática de intestino delgado desde válvula ileocecal, la estenosis descrita en yeyuno medio, la cual condicionaba la dilatación retrógrada de las asas intestinales proximales visibles en el TC hasta el ángulo de Treitz. Se identificaron dos adenopatías reactivas adyacentes al eje vascular de la raíz del meso del asa de la que dependía la lesión.

Se llevó a cabo resección segmentaria de intestino delgado para exéresis de la lesión con márgenes de seguridad, confeccionando anastomosis yeyunoyeyunal laterolateral mecánica y linfadenectomía mesentérica regional.



Figura 2. Corte axial de TAC abdominal, donde se identifica dilatación de asa yeyunal (flecha verde) que alcanza hasta 45 mm de calibre con abundante contenido líquido.

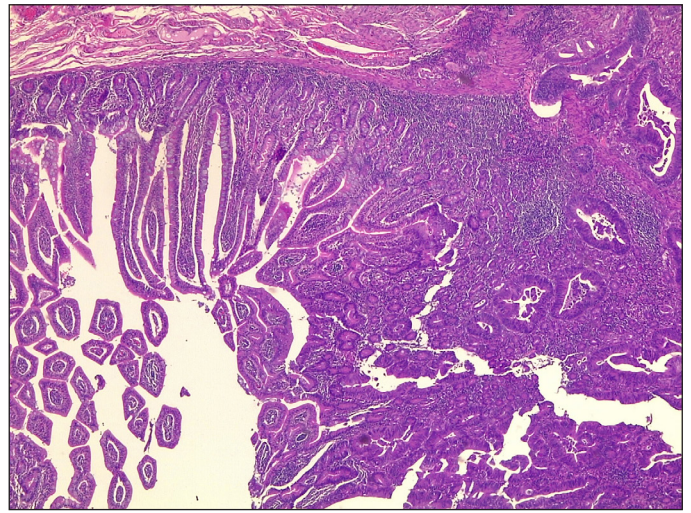


Figura 4. Sección histológica mostrando cambios morfológicos típicos de adenocarcinoma intestinal invasivo, bien diferenciado, con más del 95% de formación glandular.



Figura 3. Corte sagital de TAC abdominal, donde se identifica dilatación de intestino delgado, cierto engrosamiento parietal e hiperrealce mucoso, identificando un punto de cambio de calibre en yeyuno (flecha azul).

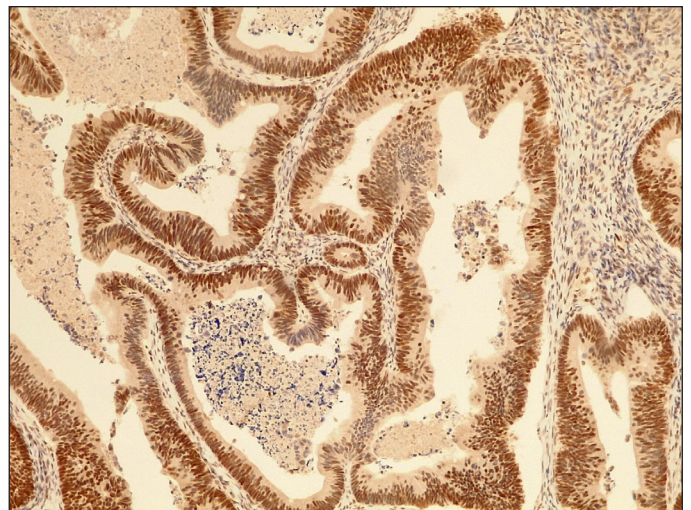


Figura 5. Las células tumorales mostraban inmunexpresión no alterada de MISMATCH REPAIR.

El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue de adenocarcinoma invasivo de yeyuno (Figura 4), bien diferenciado (G1), que alcanza hasta la capa muscular propia (pT2), respetando bordes quirúrgicos y espacios vasculares. Ganglios linfáticos negativos y MISMATCH REPAIR, MMR no alterados (Figura 5).

Posteriormente, se realizó un estudio completo de extensión con TAC torácico, descartando enfermedad a distancia, por lo que, junto con los datos anatomopatológicos, la paciente fue diagnosticada de adenocarcinoma de yeyuno estadio I.

Se presentó el caso en comité multidisciplinar de tumores y la paciente no precisó quimioterapia, encontrándose actualmente en seguimiento por Aparato Digestivo, en consultas de Alto Riesgo de Cáncer Digestivo.

Discusión

Los tumores de intestino delgado son una entidad rara dentro del tracto gastrointestinal, constituyen el 5% de todas las neoplasias gastrointestinales y entre el 1-3% de las neoplasias malignas de esta localización. En general, son más frecuentes en el sexo masculino, a partir de los 60 años de edad.

Los tumores malignos más frecuentes del intestino delgado son el adenocarcinoma y el linfoma, siendo menos frecuentes el sarcoma, los GIST y carcinoides.

El adenocarcinoma de intestino delgado es el tumor maligno más común, suele originarse del adenoma y se localiza más frecuentemente en duodeno, siendo menos común el adenocarcinoma de yeyuno. Los factores de riesgo asociados son el tabaquismo, obesidad, enfermedad celíaca, enfermedad de Crohn, antecedentes de cáncer colorrectal y poliposis adenomatosa familiar, siendo la edad de inicio menor en pacientes con estas patologías¹.

La presentación clínica del adenocarcinoma de yeyuno es inespecífica, asintomáticos en su mayoría, aunque suelen presentar clínica de dolor abdominal en fases más tardías, náuseas, vómitos, pérdida ponderal, anemia, astenia, anorexia, pudiendo provocar cuadros pseudoclusivos y de obstrucción intestinal dado que estos tipos de tumores presentan un crecimiento anular como ocurrió en nuestro caso. Más de la mitad de los pacientes presentan enfermedad avanzada al momento del diagnóstico. Los tumores yeyunales malignos constituyen una entidad, que por su poca frecuencia y clínica inespecífica raramente son diagnosticados preoperatoriamente².

Las causas más importantes asociadas a cuadros de obstrucción a nivel de intestino delgado y que debemos de tener en cuenta en el diagnóstico diferencial, son el adenocarcinoma intestinal, la neoplasia carcinoide, el linfoma, tumor del estroma gastrointestinal, enfermedad inflamatoria intestinal, bridas, hernias, ileo biliar, así como las neoplasias benignas, aunque éstas últimas no suelen presentar un comportamiento agresivo. Existen varias teorías que intentan arrojar luz a la escasa prevalencia de estos tumores, entre ellas se mencionan el tránsito rápido, el contenido intestinal líquido, una elevada concentración de enzimas digestivas en este tracto que detoxifican potenciales carcinógenos junto con baja presencia de poblaciones bacterianas y la presencia abundante de tejido linfoide^{3,4}.

La TAC abdominal es la principal técnica de imagen para identificar el tumor primario y valorar su extensión, en ocasiones se utiliza la entero-resonancia magnética o la capsula endoscópica para localizar el tumor, aunque se debería de tener precaución en pacientes con sospecha clínica de obstrucción intestinal o cuadro suboclusivo⁵.

Lo excepcional de nuestro caso estriba en que la paciente no presentaba patologías potencialmente obstructivas previas, en la edad infrecuente de aparición, que hizo se demorara el diagnóstico, con colecistectomía los 2 meses previos vía laparoscópica, que pensamos que también constituyó un factor de confusión en la demora, ya que el dolor persistió - atribuyéndose al postoperatorio/bridas potenciales - aunque

entró dentro de los 6 meses de media en la que suelen diagnosticarse. La llamativa pérdida ponderal y la anorexia de aparición súbita -que en principio pudo atribuirse a trastorno de la conducta alimenticia- fueron los síntomas guía que finalmente condujeron al diagnóstico.

El tratamiento de estos tipos de tumores se basa fundamentalmente en la cirugía amplia para reseca el tumor con linfadenectomía regional. Si hay afectación ganglionar se completará el tratamiento con quimioterapia postoperatoria. El tratamiento depende del estadio tumoral en el que se encuentre el paciente. No obstante, la utilización de quimioterapia neoadyuvante aún no está bien definida en estos tumores. En adenocarcinomas irresecables se indica quimioterapia paliativa y en caso de que además presente oclusión amplia de la luz yeyunal está indicada la resección paliativa.

En cualquier caso, dado lo infrecuente de los tumores primitivos de intestino delgado, constituyen un verdadero reto al diagnóstico y su inicio paucisintomático hasta fases evolucionadas, requieren de minuciosa anamnesis y un elevado índice de sospecha inicial para evitar demoras en el tratamiento, siendo necesario en algunos casos como el nuestro, la laparoscopia exploratoria para identificar la lesión y poder analizar la pieza quirúrgica.

Bibliografía

1. González-Suarez B, Pellisé-Urquiza M, Castells-Garangou A. Tumores del intestino delgado. En: Montoro Huguet, MA, Garcia Pagán, JC. *Práctica clínica en Gastroenterología y Hepatología*. Madrid. CTO Editorial; 2016. Vol1. p519-521.
2. Overman MJ, Pedersen KS, Fisher L. *Diagnosis and staging of small bowel neoplasms*. Goldberg RG, Jaffe T (Ed). UpToDate:2023 (Accessed on June 23, 2024). Available from: https://www.uptodate.com/bvsspa.idm.oclc.org/contents/diagnosis-and-staging-of-small-bowel-neoplasms?search=Diagnosis%20and%20staging%20of%20small%20bowel%20neoplasms&source=search_result&selectedTitle=1%7E101&usage_type=default&display_rank=1
3. Morales-Wong MM, Gómez-Hernández MM, Martín-Torres M. Adenocarcinoma del ángulo duodeno-yeyunal. A propósito de un caso. VII Congreso virtual hispanoamericano de anatomía patológica; 2005.
4. Delaunoy T, Neczyporenko F, Limburg PJ, Erlichman C. Pathogenesis and risk factors of small bowel adenocarcinoma: a colorectal cancer sibling? *Am J Gastroenterol*. 2005 Mar;100(3):703-10.

5. Horton KM, Fishman EK. Multidetector-row computer tomography imaging of small bowel neoplasms: current concept in diagnosis. *J Comput Assist Tomogr* 2004; 28:106-116.