

Adenocarcinoma bien diferenciado de intestino delgado: una entidad infrecuente

Braandoon Ramirez , María Isabel Ramirez , Alfredo Monsalve , Adriana Castro Quintero 

Autor de Correspondencia: Braandoon Ramirez Correo Electrónico: dr.braandoon@gmail.com

Afiliación

Resumen

El adenocarcinoma de intestino delgado es una neoplasia rara que representa menos del 2% de todas las neoplasias gastrointestinales. Su diagnóstico es frecuentemente tardío debido a su presentación clínica inespecífica, lo que se traduce en un pronóstico desfavorable. Se ha asociado a condiciones predisponentes como la enfermedad de Crohn, aunque su fisiopatología aún no se comprende completamente. Presentamos el caso de una paciente femenina con dolor abdominal crónico y pérdida de peso significativa, en quien se detectó un adenocarcinoma de intestino delgado tras múltiples estudios diagnósticos. El manejo incluyó resección quirúrgica, con hallazgos patológicos que confirmaron la naturaleza maligna del tumor. Este caso subraya la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de patologías abdominales crónicas para lograr un diagnóstico precoz y mejorar el pronóstico del paciente.

Palabras clave: adenocarcinoma de intestino delgado, diagnóstico diferencial, resección quirúrgica.

Well-differentiated adenocarcinoma of the small intestine: a rare entity

Abstract

Small bowel adenocarcinoma is a rare neoplasm, accounting for less than 2% of all gastrointestinal malignancies. Its diagnosis is frequently delayed due to nonspecific clinical presentation, contributing to a poor prognosis. Although it has been associated with predisposing conditions such as Crohn's disease, its pathophysiology remains poorly understood. We report the case of a female patient presenting with chronic abdominal pain and significant weight loss, in whom a small bowel adenocarcinoma was diagnosed after multiple diagnostic evaluations. Management involved surgical resection, and histopathological analysis confirmed the malignancy. This case underscores the importance of including small bowel adenocarcinoma in the differential diagnosis of chronic abdominal conditions to facilitate early detection and improve clinical outcomes.

Keywords: small bowel adenocarcinoma, differential diagnosis, surgical resection.

Introducción

El traumatismo de páncreas (TP) es una entidad de difícil diagnóstico, en virtud de su clínica poco específica, presencia de hallazgos sutiles en los estudios de imágenes y la frecuente asociación con otras lesiones. Tiene una baja incidencia, diagnosticándose entre el 0,5-8% de todas las. Las neoplasias malignas del intestino delgado representan menos del 5% de todas las neoplasias gastrointestinales, siendo el adenocarcinoma la neoplasia maligna más común en esta localización, especialmente en el duodeno.^{1,2} Este tumor también puede encontrarse en el yeyuno e íleon, aunque con menor frecuencia.³

El adenocarcinoma de intestino delgado se asocia a varias condiciones predisponentes, como la enfermedad de Crohn, el síndrome de Lynch, la poliposis adenomatosa familiar y la enfermedad celíaca.⁴ Estas asociaciones sugieren una etiología multifactorial, donde tanto factores genéticos como ambientales desempeñan un papel significativo en el desarrollo de la enfermedad.⁵

Los síntomas clínicos del adenocarcinoma de intestino delgado son inespecíficos y a menudo se solapan con otras

patologías gastrointestinales benignas, lo que contribuye a un diagnóstico tardío.⁶ Los cánceres primarios del intestino delgado suelen diagnosticarse en una etapa avanzada y se detectan por una complicación local del tumor.⁷ Los pacientes pueden presentar dolor abdominal, pérdida de peso, náuseas, vómitos, y en algunos casos, signos de obstrucción intestinal o hemorragia digestiva, esta presentación clínica inespecífica, junto con la rareza del tumor, a menudo retrasa el diagnóstico, afectando negativamente el pronóstico.⁸

El diagnóstico se basa en una combinación de estudios de imagen, como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM), que permiten evaluar la extensión tumoral y planificar el abordaje quirúrgico, las técnicas endoscópicas que incluyen la endoscopia con cápsula de video (VCE), la enteroscopia por pulsión y la enteroscopia asistida por dispositivo (enteroscopia de doble balón y de balón único o enteroscopia espiral) son opciones que pueden ser complementarias para establecer un diagnóstico.³

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa del tumor, ofreciendo la única posibilidad de cura en estadios tempranos.^{9,10} No obstante, la mayoría de los pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas, cuando

Cómo citar este artículo: Ramírez B, Ramírez MI, Monsalve A, Castro Quintero A. Adenocarcinoma bien diferenciado de intestino delgado: una entidad infrecuente. Rev Gen. 2025;79(3):144-148. doi:10.61155/gen.v79i3.754.

la enfermedad ha hecho metástasis, lo que limita las opciones terapéuticas y empeora el pronóstico.⁹ En estos casos, la quimioterapia adyuvante puede considerarse para mejorar la supervivencia, aunque su eficacia es limitada en comparación con otros tipos de cáncer gastrointestinal.¹¹

Este caso subraya la importancia de una alta sospecha clínica y el uso de herramientas diagnósticas avanzadas para el diagnóstico precoz de esta patología, lo que podría mejorar los resultados en los pacientes afectados.

Caso Clínico

Paciente femenino de 61 años de edad, quien refiere cuadro clínico de aproximadamente un año de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso, progresivo, posterior a la ingesta de alimentos concomitantemente presenta flatulencia, vómitos intermitentes de contenido alimentario y bilioso, y pérdida de peso cuantificada en 8 kg en 3 meses, motivo por el cual acudió a consulta con gastroenterólogo quien realiza Endoscopia Digestiva Superior (EDS), Endoscopia Digestiva Inferior (EDI) y TAC Abdomino pélvico sin hallazgo de Lesión Ocupante de Espacio evidente, en vista de progresión de la enfermedad, asociándose ausencia de evacuaciones acude a nuestro centro. Antecedentes de importancia Niega.

Examen Funcional: refiere pérdida de peso de 8 kg en 3 meses, apetito disminuido, refiere astenia y adinamia desde hace 3 meses, refiere saciedad precoz y plenitud postprandial desde hace 1 año aproximadamente, patrón evacuatorio habitual 2 veces por semana, Bristol 3-4, con cambios en el patrón evacuatorio desde hace 3 meses alternando Bristol 2-7. Refiere ausencia de evacuaciones desde hace 36 horas. Examen Físico de ingreso: TA: 108/70 mmHg FC: 90 lpm FR: 19 rpm, Paciente en condiciones clínicas estables, afebril al tacto, con Mucosa oral húmeda, normocefalo, examen cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen: plano, Rs Hs disminuidos, blando, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio, hipogastrio y fosa iliaca izquierda, Exploración ano rectal: pliegues radiados con plicoma en hora 6, esfínter tónico, ampolla rectal vacía, dedil de guante limpio.

Se realiza ultrasonido abdominal donde se evidencia entre flanco y fosa iliaca izquierda imagen redondeada, heterogénea con centro hiperecogénico de 3 x 3.4 cm en forma de diana sugestiva de invaginación Intestinal (**Figura 1**).

Posteriormente se indica Rx simple de Abdomen de pie donde se observa dilatación de ASA delgada y ausencia de gas en ampolla rectal (**Figura 2**).

Figura 1. Ultrasonido de Abdomen



Figura 2. Rx de Abdomen Simple de Pie



Por lo que es remitida al servicio de Cirugía general, en el contexto de Obstrucción intestinal, quienes deciden Laparotomía exploradora + resección y anastomosis latero lateral de intestino delgado; Hallazgos: ausencia de líquido libre en cavidad, sin carcinomatosis peritoneal, tumor de 5x5 cm a 110 cm de asa fija, estenosante que infiltra la serosa; La pieza quirúrgica, (**Figura 3 y 4**).

Figura 3. Pieza Quirúrgica -a



Figura 4. Pieza Quirúrgica -b



Estudio anatomopatológico el cual reporta: N°1.- Biopsia de tumoración de intestino delgado: - Adenocarcinoma bien diferenciado con infiltración de la pared hasta la muscular propia. Grado histológico: G2. Invasión tumoral Angiolinfática: presente. Necrosis tumoral: presente. Perforación macroscópica tumoral: no observada. Lesión precursora: no observada. Bordes de resección quirúrgicos: negativos para malignidad. Disección del tejido adiposo peri-intestinal: hiperplasia folicular reactiva en doce (12) de doce ganglios linfáticos evaluados, negativo para malignidad N°2.- Biopsia de margen adicional: inflamación crónica leve, negativo para malignidad. Clasificación patológica (AJCC): pT2 pN0 Mx.

Posteriormente es valorada por servicio de oncología médica quienes indican tratamiento Adyuvante a base de Capecitabina: 1500 mg BID por 21 días descansa 7 (1 ciclo cada 28 días por 6 ciclos). Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento sin eventualidades.

Discusión

El adenocarcinoma de intestino delgado es una entidad rara, representando aproximadamente el 1% de todas las neoplasias gastrointestinales. La baja incidencia y la inespecificidad de los síntomas a menudo resultan en un diagnóstico tardío, lo que impacta negativamente en el pronóstico. En nuestro caso, la paciente presentó una masa abdominal que inicialmente fue atribuida a otras condiciones, lo que retrasó el diagnóstico definitivo hasta la realización de estudios histopatológicos. Se ha documentado que, debido a su rareza, el adenocarcinoma de intestino delgado es frecuentemente malinterpretado, siendo confundido con otros trastornos abdominales benignos y contribuyendo así al retraso en el diagnóstico.^{4,12,13}

Estudios previos han destacado la dificultad diagnóstica en esta patología, subrayando la importancia de un alto índice de sospecha clínica, especialmente en pacientes con factores de riesgo como el síndrome de Peutz-Jeghers y la enfermedad de Crohn, que ha sido asociada a un mayor riesgo de adenocarcinoma de intestino delgado.¹⁴ En una revisión realizada por Howe et al., se observó que la mayoría de los pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas, lo que se correlaciona con una menor tasa de supervivencia.¹¹ La enteroscopia con cápsula y otras técnicas avanzadas han mejorado la detección de estas

neoplasias, aunque la accesibilidad y el costo pueden limitar su uso generalizado.^{14,15}

El tratamiento de elección para el adenocarcinoma de intestino delgado es la resección quirúrgica completa, acompañada en algunos casos de quimioterapia adyuvante, especialmente en pacientes con enfermedad en estadio avanzado. Sin embargo, la evidencia sobre la efectividad de la quimioterapia en esta patología sigue siendo limitada.^{16,17} En nuestro caso, la paciente fue sometida a una resección quirúrgica extensa, con bordes de resección quirúrgicos negativos para malignidad sin embargo se destaca la necesidad de seguimiento en vista de la agresividad de este tipo de tumor. Algunos estudios sugieren que la combinación de quimioterapia basada en platinos con otros agentes quimioterapéuticos puede ofrecer algún beneficio, aunque la supervivencia a largo plazo sigue siendo baja.^{6,18-20}

Finalmente, es importante destacar la necesidad de estudios adicionales que permitan mejorar las estrategias de diagnóstico temprano y tratamiento en adenocarcinoma de intestino delgado, dada la escasez de datos clínicos robustos sobre esta enfermedad. La revisión de casos como el nuestro puede contribuir al entendimiento de esta patología y eventualmente mejorar los resultados en futuros pacientes. Investigaciones recientes han comenzado a explorar el papel de las terapias dirigidas y la inmunoterapia en el manejo de esta enfermedad, aunque estos enfoques aún se encuentran en etapas experimentales.²¹⁻²⁴

Conclusiones

El adenocarcinoma de intestino delgado es una neoplasia rara, pero su diagnóstico precoz es fundamental para mejorar el pronóstico del paciente. Este caso subraya la importancia de considerar el adenocarcinoma de intestino delgado en el diagnóstico diferencial de pacientes con síntomas gastrointestinales inespecíficos y pérdida de peso.

La dificultad diagnóstica debido a la falta de signos específicos y la localización anatómica destaca la necesidad de una alta sospecha clínica y el uso de herramientas diagnósticas adecuadas. El tratamiento quirúrgico sigue siendo la principal opción terapéutica, y la resección completa del tumor es esencial para un mejor resultado. Finalmente, se sugiere que futuras investigaciones se centren en identificar marcadores tempranos y desarrollar

protocolos de seguimiento más efectivos para mejorar la supervivencia en estos pacientes.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

Esta investigación no contó con apoyo financiero de ninguna entidad pública, comercial o sin fines de lucro.

Este es un artículo de acceso abierto.

Fecha de recepción: 07/10/2024

Fecha de revisión: 21/10/2024

Fecha de aprobación: 06/04/2025

Para complementar la lectura de este artículo, le recomendamos escuchar el episodio del *Podcast Gen* que lleva el mismo título, disponible en el sitio web de la *Revista Gen*. En este episodio, uno de los autores profundiza en los temas tratados y reflexiona sobre las implicaciones y aplicaciones de los hallazgos presentados.

Referencias

- Overman MJ. Epidemiology and clinical features of small bowel neoplasms. UpToDate. 2024. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-clinical-features-of-small-bowel>
- Neugut AI, Jacobson JS, Suh S, Mukherjee R, Arber N. The epidemiology of cancer of the small bowel. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1998;7:243–51.
- Overman MJ. Diagnosis and staging of small bowel neoplasms. UpToDate. 2024. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-clinical-features-of-small-bowel>
- Howe JR, Karnell LH, Menck HR, Scott-Conner C. Adenocarcinoma of the small bowel: review of the National Cancer Data Base, 1985–1995. *Cancer*. 1999;86(12):2693–706.
- Aparicio T, Zaanani A, Svrcek M, Laurent-Puig P, Carrère N, Manfredi S, et al. Small bowel adenocarcinoma: epidemiology, risk factors, diagnosis and treatment. *Dig Liver Dis*. 2014;46(2):97–104.
- Bilimoria KY, Bentrem DJ, Wayne JD, Ko CY, Bennette CL, Talamonti MS. 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.
- Negoi I, Paun S, Hostiuc S, Negoi RI, Beuran M. Most small bowel cancers are revealed by a complication. *Chirurgia (Bucur)*. 2017;112(1):12–21.
- Overman MJ. Recent advances in the management of adenocarcinoma of the small intestine. *Gastrointest Cancer Res*. 2009;3(3):90–6.
- Halfdanarson TR, McWilliams RR, Donohue JH, Quevedo JF. A single-institution experience with 491 cases of small bowel adenocarcinoma. *Am J Surg*. 2010;199(6):797–803.
- Dabaja BS, Suki D, Pro B, Bonnen M, Ajani J. Adenocarcinoma of the small bowel: presentation, prognostic factors, and outcome of 217 patients. *Cancer*. 2004;101(3):518–26.
- Howe JR, Karnell LH, Scott-Conner C. Surgical treatment of small bowel adenocarcinoma. *Cancer*. 1999;86(3):363–73.
- Khosla D, Dey T, Madan R, Gupta R, Goyal S, Kumar N, et al. Small bowel adenocarcinoma: an overview. *World J Gastrointest Oncol*. 2022;14(2):413–22. doi: 10.4251/wjg.v14.i2.413.
- Aparicio T, Zaanani A, Svrcek M, Laurent-Puig P, Carrère N, Manfredi S, et al. Small bowel adenocarcinoma: epidemiology, risk factors, diagnosis and treatment. *Dig Liver Dis*. 2014;46(2):97–104.
- Fujimori S, Hamakubo R, Hoshimoto A, Nishimoto T, Omori J, Akimoto N, et al. Risk factors for small intestinal adenocarcinomas that are common in the proximal small intestine. *World J Gastroenterol*. 2022;28(39):5658–65. doi: 10.3748/wjg.v28.i39.5658.
- Severson RK, Schenk M, Gurney JG, Weiss LK, Demers RY. Increasing incidence of adenocarcinomas and carcinoid tumors of the small intestine in adults. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1996;5:81–4.
- Carrère N, Samalin E, Cellier C, Aparicio T, Becouarn Y, Bedenne L, et al. Adenocarcinoma de intestino delgado: guías de práctica clínica intergrupales francesas para diagnóstico, tratamientos y seguimiento (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO). *Dig Liver Dis*. 2018;50:15–9.
- Cloyd JM, George E, Visser BC. Adenocarcinoma duodenal: avances en el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico. *World J Gastrointest Surg*. 2016;8:212–21.
- Khan K, Peckitt C, Sclafani F, Watkins D, Rao S, Starling N, et al. Prognostic factors and treatment outcomes in patients with small bowel adenocarcinoma (SBA): the Royal Marsden Hospital (RMH) experience. *BMC Cancer*. 2015;15:15.
- Sohn TA, Lillemoe KD, Cameron JL, et al. Adenocarcinoma of the duodenum: factors influencing long-term survival. *J Gastrointest Surg*. 1998;2:79–87.
- Young JI, Mongoue-Tchokote S, Wieghard N, et al. Tratamiento y supervivencia del adenocarcinoma de intestino delgado en los Estados Unidos: una comparación con el cáncer de colon. *Dis Colon Rectum*. 2016;59:306–12.

21. Schrock AB, Devoe CE, McWilliams R, et al. Genomic profiling of small-bowel adenocarcinoma. *JAMA Oncol.* 2017;3:1546–53.
22. Adam L, San Lucas FA, Fowler R, et al. DNA sequencing of small bowel adenocarcinomas identifies targetable recurrent mutations in the ERBB2 signaling pathway. *Clin Cancer Res.* 2019;25:641–51.
23. Cabel L, Aparicio T, Bieche I, et al. ERBB3-activating mutations in small bowel adenocarcinomas. *JCO Precis Oncol.* 2018;2.
24. Gulhati P, Raghav K, Shroff RT, et al. Bevacizumab combined with capecitabine and oxaliplatin in patients with advanced adenocarcinoma of the small bowel or ampulla of Vater: a single-center, open-label, phase 2 study. *Cancer.* 2017;123:1011–8.