

Megaestómago pélvico secundario a adenocarcinoma de duodeno

Pelvic megastomach secondary to duodenal adenocarcinoma

García Reyes A, Bellido Luque JA, Nogales Muñoz A

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente celíaca de 19 años que es diagnosticada de adenocarcinoma de duodeno estenosante tras la realización de las pruebas complementarias de imagen que presentamos donde se objetiva un megaestómago que se extiende hasta pelvis, así como un comentario en cuanto a su diagnóstico y tratamiento, ya que supone una entidad muy poco frecuente a dicha edad y con un tratamiento quirúrgico definitivo aún en controversia.

Palabras clave: megaestómago, adenocarcinoma de duodeno, duodenopancreatectomía cefálica.

ABSTRACT

We present a case of a 19-year-old celiac patient who was diagnosed with stenosing adenocarcinoma of the duodenum after the complementary studies that we present. In these images, a megastomach that extends to the pelvis is observed. For this reason we make a comment about its diagnosis and treatment, because it is a very rare entity at this age and has a definitive surgical treatment still in controversy.

Key words: megastomach, duodenal adenocarcinoma, cephalic duodeno-pancreatectomy.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma duodenal es una neoplasia muy poco frecuente pero agresiva, representando menos del 0,5% de todas las neoplasias malignas gastrointestinales. Suele diagnosticarse entre los 55-65 años. La localización más común de esta enfermedad es la segunda porción duodenal, seguido por la tercera y cuarta porción duodenal, siendo excepcional en bulbo.

CORRESPONDENCIA

Alberto García Reyes
Hospital Universitario Virgen Macarena
41009 Sevilla
agareyes3@hotmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

García Reyes A, Bellido Luque JA, Nogales Muñoz A. Megaestómago pélvico secundario a adenocarcinoma de duodeno. Cir Andal. 2022;33(1):55-57.

La clínica más frecuente en estos pacientes es el dolor abdominal y otros síntomas inespecíficos, como náuseas, vómitos, fatiga y pérdida de peso¹.

DESCRIPCIÓN DE LA IMAGEN

Presentamos una paciente de 19 años que es estudiada por el especialista de aparato digestivo por dolor abdominal y vómitos de repetición, tras el cuál es diagnosticada de enfermedad celíaca. Ante la persistencia de la sintomatología a pesar del tratamiento médico, se realiza TC de abdomen (Figura 1) y EnteroRNM en las que se objetiva una marcada dilatación del estómago y bulbo duodenal con un engrosamiento a nivel de la segunda porción de duodeno con afectación de la papila condicionando una estenosis duodenal y dilatación del conducto hepatocolédoco y vías biliares intrahepáticas.

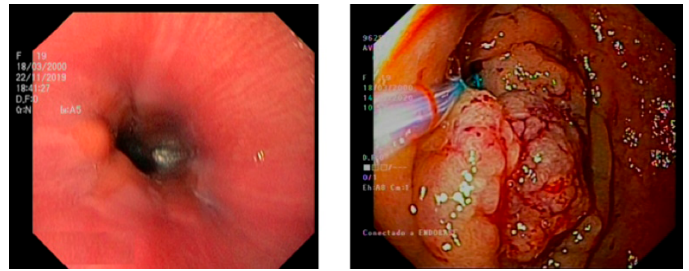


Figura 2

Endoscopia Digestiva Alta: Estenosis a nivel de segunda porción duodenal que impide el paso del endoscopio.



Figura 1

Tac de abdomen coronal: importante dilatación gástrica con extensión del estómago hasta pelvis.

Se realiza endoscopia alta con imposibilidad de paso a nivel duodenal y toma de biopsia (Figura 2) para estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico que confirma la sospecha de Adenocarcinoma de duodeno con estudios de extensión negativos.

Se decide intervención quirúrgica realizándose duodenopancreatectomía cefálica con linfadenectomía guiada por inyección de verde de indocianina.

En la descripción anatomopatológica de la pieza quirúrgica se ratifica el diagnóstico de Adenocarcinoma duodenal en células en anillo de sello T4N0.

No se produjeron incidencias durante el postoperatorio inmediato, siendo dada de alta al 7º día tras la intervención quirúrgica. Actualmente se encuentra en seguimiento y tratamiento por Oncología.

COMENTARIOS A LA IMAGEN

La enfermedad más avanzada se asocia con obstrucción intestinal, ictericia y anemia. Son frecuentes las metástasis en hígado, pulmones y huesos en el momento de la presentación, ocurriendo aproximadamente en el 33% de los pacientes al diagnóstico².

Los adenocarcinomas duodenales expresan ciertas moléculas como EMA (el 100% de los tumores), CEA (73%), c-Neu (60%) y p53 (20%) lo que ayuda en la sospecha de su diagnóstico.

Se ha demostrado su relación con enfermedades como la Celiacía, el Esprúe no celíaco, la poliposas adenomatosa familiar (PAF), el síndrome de Gardner y la Neurofibromatosis.

Para el diagnóstico de adenocarcinoma de duodeno las pruebas de imagen que nos ofrecen una mayor sensibilidad son el tránsito baritado, con una sensibilidad cercana al 80%, y la endoscopia digestiva alta, donde podemos objetivar imágenes de estenosis, obstrucción, ulceración y rigidez en la pared duodenal que alcanza una sensibilidad cercana al 90%³.

La ecoendoscopia nos permite valorar las diferentes capas de la pared intestinal facilitando la toma de biopsias y el estudio loco-regional y las estructuras cercanas a la lesión. La TC se utiliza habitualmente para la evaluación de diseminación a distancia⁴.

Actualmente la técnica quirúrgica para el adenocarcinoma duodenal se encuentra en debate entre la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) y la resección duodenal segmentaria. La elección se debe apoyar en la localización del tumor y en la presencia de infiltración pancreática. La técnica de elección más utilizada ha sido la duodenopancreatectomía cefálica por ser considerada la única que podía ofrecer buenos resultados oncológicos. Posteriormente, surgieron publicaciones que comparaban ambas técnicas en términos

de supervivencia sin encontrar grandes diferencias, aunque los estudios son limitados⁵.

Las neoplasias de la primera porción duodenal tienen peor pronóstico que las más distales, debido a la relación con los órganos próximos. Por ello conviene ser más agresivo en localizaciones más proximales del duodeno recomendando la DPC, mientras que en localizaciones más distales podría ser preferible la resección duodenal segmentaria, ya que esta parece tener una supervivencia similar pero con una tasa menor en complicaciones. La DPC se considera de elección en pacientes con enfermedad localmente avanzada pese a haberse documentado buenos resultados con resecciones segmentarias independientemente del estado de los ganglios regionales^{6,7}.

En conclusión, el adenocarcinoma duodenal supone una entidad muy poco frecuente con un tratamiento quirúrgico actualmente en controversia, en el que podemos tener en cuenta ambas opciones quirúrgicas dependiendo de la localización tumoral y el grado de afectación pancreática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yamazaki H, Sakaguchi T, Nasu H, Miura K, Shibasaki Y, Yuasa H. Duodenal adenocarcinoma successfully diagnosed with transabdominal ultrasonography. *J Med Ultrasonics*. 2017.
2. Kang S, Zaidi AJ, Shokouh-Amiri M, Wiley E, Venepalli NK. A case report of paraneoplastic syndrome in β -hCG-secreting duodenal adenocarcinoma. *J Gastrointest Oncol*. 2019; 10(6):1151-6.
3. Ramia JM, Villar J, Palomeque A, Muffak K, Mansilla A, Garrote D et al. Adenocarcinoma de duodeno. *Cir Esp*. 2005; 77(4):208-12
4. Peño Muñoz L, Plana Campos L, Ferrer Barceló L, Sanchís Artero L, Larrey Ruiz L, Núñez Martínez P, et al. Adenocarcinoma duodenal: un diagnóstico poco frecuente. *Rev Gastroenterol Perú*. 2016; 36(2):172-74
5. López-Domínguez J, Busquets J, Secanella L, Peláez N, Serrano T, Fabregat J. Adenocarcinoma duodenal: resultados del tratamiento quirúrgico de una serie unicéntrica de 27 pacientes. *Cir Esp*. 2019; 97(9):523-530
6. Jiménez-Fuertes M, Ruíz-Tóvar J, Díaz-García G, Durán-Poveda M. Adenocarcinoma de la tercera porción duodenal moderadamente diferenciado. *Cir Cir*. 2017;85(1):76-9.
7. Poultsides GA, Huang LC, Cameron JL, Tuli R, Lan L, Hruban RH. Duodenal Adenocarcinoma: Clinicopathologic Analysis and Implications for Treatment. *Ann Surg Oncol*. 2012; 19:1928-35.