

<b>Caso</b>	(164) Adenocarcinoma de intestino delgado
<b>Autores</b>	Jorge Luis Cabrera Marrero, Mónica Fernández Del Castillo, María Soledad Garrido Carrasco, Fernando Monteverde Hernández, Carla Souweileh Arencibia, Sandra Duque De La Vega.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Nuestra Señora De La Candelaria

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 32 años que acude a urgencias con un síndrome emético, con mal estado general e intolerancia a la vía oral. En la analítica llamaba la atención una anemia de 8,5 g/dl de características ferropénicas. Entre sus antecedentes personales figuraban: una valoración por ginecología por 2 lesiones quísticas en ambos ovarios, ambas de aspecto benigno, catalogadas de quistes dermoides. Sangre oculta en heces positiva hace un año sin estudios posteriores, sin antecedentes personales de cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal.

Se solicitó TC de urgencias para descartar cuadro obstructivo.

En la TC destaca una dilatación del yeyuno proximal de hasta 4,5cm, visualizando un cambio de calibre a unos 20cm del ángulo de Treitz, con una lesión mural concéntrica hiperdensa, con unos 8mm de grosor mural, sugestiva de tumoración primaria.

En pared abdominal se visualizan lesiones nodulares en la fascia anterior y posterior del músculo recto anterior derecho.

En la pelvis destaca una masa sólida anexial izquierda de 5,7 x 7,7 y otra anexial derecha de 4 x 3 cm.

Rehistoriando a la paciente, se evidenció que llevaba 3 meses con síndrome constitucional, con una pérdida de 20kg de peso y el síndrome emético de manera insidiosa.

## DISCUSIÓN

Las neoplasias de intestino delgado son raras, representando un 3% de los cánceres gastrointestinales.

Suelen ser asintomáticos, y cuando dan síntomas, suelen ser inespecíficos, con dolor abdominal, náuseas, vómitos y pérdida de peso.

Su diagnóstico representa un desafío, teniendo en cuenta la vaga sintomatología, la rareza, y el bajo nivel de sospecha clínica.

La frecuencia de los tumores de intestino delgado decrece desde proximal a distal (más frecuentes en el duodeno, menos en el yeyuno, y así sucesivamente), con una predilección de ciertos tipos histológicos por diferentes segmentos: el adenocarcinoma es más frecuente en el duodeno y yeyuno, y el tumor carcinoide lo es en el íleon.

La enterografía-TC y la enterografía-RM son los estudios óptimos para estudiar los tumores de intestino delgado.

Nuestro caso presenta una lesión en el yeyuno, proximal con características de agresividad, con lo que el diagnóstico diferencial lo planteamos con los tumores malignos de intestino delgado: el adenocarcinoma, el GIST maligno, el tumor carcinoide, el linfoma y las metástasis.

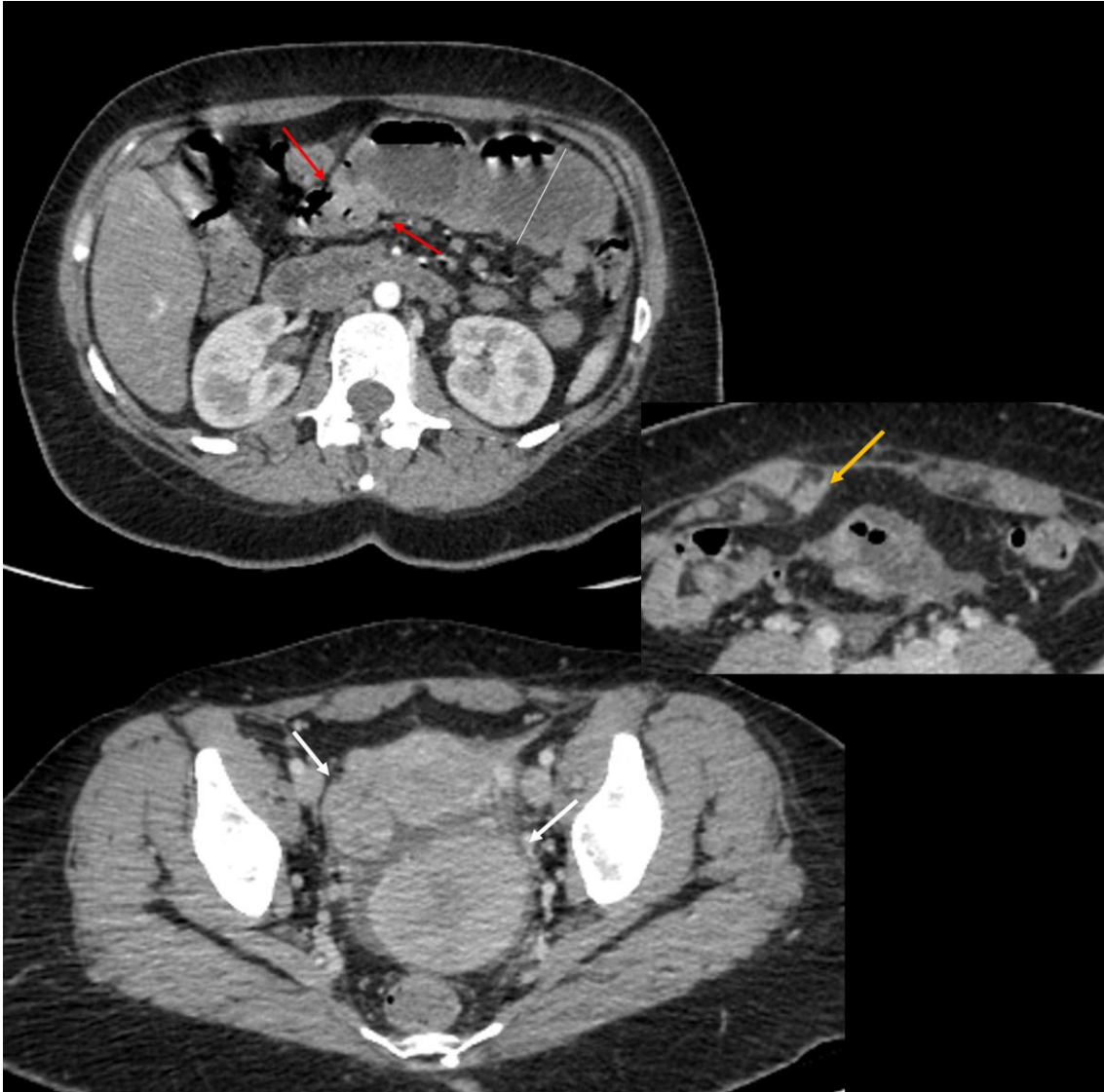
El adenocarcinoma representa el 25-40% de los tumores primarios malignos de intestino delgado, es más frecuente en el yeyuno proximal o el duodeno distal, y su apariencia típica es la de una masa hiperdensa circunferencial o un engrosamiento mural excéntrico e irregular. Suele ocasionar obstrucción y dar metástasis peritoneales y hepáticas.

Con todo, parece el diagnóstico más probable, dado que el resto de las entidades presentan características diferenciales (el GIST suele ser una masa exofítica, el carcinoide en un 90% aparece en el íleon distal, el linfoma es más frecuente en el íleon y suele asociarse a otras lesiones), sin poder descartar la lesión metastásica, que pudiera ser de origen ovárico dados los hallazgos pélvicos.

Finalmente, en la anatomía patológica de las masas ováricas se diagnosticó un adenocarcinoma metastásico de origen intestinal.

## **CONCLUSIÓN**

Las neoplasias de intestino delgado son poco frecuentes, y su diagnóstico diferencial incluye un heterogéneo grupo de entidades, tanto benignas como malignas, pero hay que tenerlas en cuenta en la obstrucción intestinal alta, debido a que en casos sutiles pueden llegar a pasar desapercibidos. La prueba de elección para estudiarlas es la entero-TC o la entero-RM.



*En la imagen superior se visualiza una dilatación del yeyuno proximal (línea blanca) con un cambio de calibre brusco, donde se visualiza un engrosamiento mural hiperdenso sugestivo de lesión primaria (flechas rojas). En la imagen de la derecha se visualizan las lesiones nodulares en la fascia del músculo recto (flecha amarilla). Finalmente en la imagen inferior se muestran las masas ováricas sólidas (flechas blancas).*

## **BIBLIOGRAFÍA**

Rahul Jasti, Laura R. Carucci. Small Bowel Neoplasms: A Pictorial Review. RadioGraphics 2020 40:4, 1020-1038.<https://doi.org/10.1148/rg.2020200011>