

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente con adenocarcinoma de bulbo duodenal con metástasis pulmonar y suprarrenal

Patient with Adenocarcinoma of Duodenal Bulb, with Pulmonary and Suprarenal Metastasis

Arnolis Fuentes Rodríguez ¹, Ana Iris Heres Salazar ², Carlos Manuel Guerrero Almaguer³, Yunior Martínez Duran ⁴, Diamela García Rojas ⁵

1. Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria de Salud. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Gastroenterología. Policlínica Rubén Batista Rubio. Cacocum. Holguín. Cuba.
2. Máster en Asesoramiento Genético. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínica Rubén Batista Rubio. Cacocum. Holguín. Cuba.
3. Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria de Salud. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínica Rubén Batista Rubio. Cacocum. Holguín. Cuba.
4. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Diplomado en Terapia Intensiva. Policlínica Rubén Batista Rubio. Cacocum. Holguín. Cuba.
5. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínica Ruben Batista Rubio. Cacocum. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Se presentó paciente masculino de 89 años con molestias abdominales, síndrome general y anemia ferropénica. En la endoscopia se informó la mucosa del bulbo en cara anterior y posterior ulcerada, friable, necrótica, con vasos visibles, esta zona se mostró rígida, con pérdida de la peristalsis, y que sangra fácilmente al más mínimo roce. A la toma de biopsia, se informó presencia de adenocarcinoma y por tomografía y radiografía de pulmón metástasis pulmonar y suprarrenal.

Palabras clave: adenocarcinoma, neoplasia maligna, anemia ferropénica, peristalsis.

ABSTRACT

A 89-year-old man with abdominal pain, iron-deficiency anemia recently treated and general syndrome was presented. Endoscopy showed that the anterior and posterior surface of the duodenum bulb mucosa was ulcerated, friable and necrotic, with visible vessels. This area was rigid, with loss of the peristalsis, it also bleeds easily, and biopsy showed adenocarcinoma. Axial tomography and X-ray of lungs showed pulmonary and suprarenal metastasis.

Keywords: adenocarcinoma, malignant neoplasm, iron deficiency anemia, peristalsis.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias del intestino delgado (ID) son lesiones relativamente poco frecuentes, que constituyen entre el 1% y el 5% de los tumores gastrointestinales. A pesar de la longitud y la diversidad de los componentes estructurales de esta parte del tracto digestivo, el ID es notablemente resistente al crecimiento de tumores benignos o malignos. Además, el diagnóstico de estas lesiones es con frecuencia tardío, bien porque son asintomáticas, o porque los síntomas que producen son intermitentes y poco específicos, de forma que a menudo constituyen un hallazgo fortuito quirúrgico o necrótico ¹.

El adenocarcinoma es el tumor maligno más frecuente del ID. Más del 90% se localizan en el duodeno distal y en el yeyuno proximal. Su frecuencia es superior en varones (2:1), y su incidencia aumenta en pacientes con distintas patologías intestinales. Así, en la enfermedad de Crohn existe un riesgo mayor de padecer este tumor, sobre todo en los pacientes con larga evolución de la enfermedad o a quienes se les ha practicado una derivación de una zona estenosada. Igualmente, la incidencia de este tumor es superior con respecto a la población general en los pacientes con poliposis familiar, así como en los pacientes con enfermedad celíaca ¹⁻⁴.

En general, se trata de neoplasias moderadamente diferenciadas, y suelen afectar a un segmento corto, con tendencia a la estenosis y la ulceración, por lo que los síntomas más frecuentes son la obstrucción intestinal y la hemorragia.

El diagnóstico se basa en el tránsito baritado y en la endoscopia. El aspecto más típico es el de una neoplasia ulcerada que ocasiona una estenosis más o menos completa ⁵.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta un hombre de 89 años de edad, con antecedentes de salud, fumador, que acudió a consulta por presentar hace más o menos dos meses epigastralgia, de moderada a fuerte intensidad, de tipo ardoroso, que se irradia hacia la espalda, y hacia la región interescapular, siente mejoría pero no alivio con antiácidos y los inhibidores de la bomba de protones (IBP), acompañada de náuseas, vómitos, distensión abdominal, y repletura, además presenta astenia, anorexia, y una pérdida de peso de más de 20 libras en dos meses, negó deposiciones oscuras.

Al examen físico: mucosas hipocoloreadas y húmedas, emaciación, abdomen doloroso a la palpación superficial y profundo en epigastrio y la región antropiloro duodenal, el resto de exploración física fue normal.

Exámenes complementarios:

- Hemoglobina: 66 g/l
- Leucocitos: 12×10^9 /l
- Plaquetas: 156 /mm³
- Tiempo de protrombina p: 13s, c: 13s
- Glicemia: 4.1 mmol/l
- Creatinina: 79 mmol/l
- TGO: 18 UI
- TGP: 32 UI
- Gamma glutamil transpeptidasa (GGT): 46 UI
- Proteínas totales: 36 g/l
- Colesterol: 1.9 mmol/l
- Triglicéridos: 1.1 mmol/l
- Contantes corpusculares: 266 g/l
- Lamina periférica: anisocitosis, microcitosis, hipocromía, leucos y plaquetas normales.

En la endoscopia superior se observó en el bulbo inmediatamente después del píloro que la mucosa en cara anterior y posterior se encontraba ulcerada, friable, necrótica, con vasos visibles, esta zona se mostró rígida, con pérdida de la peristalsis, y que sangraba fácilmente al más mínimo roce, y a la toma de biopsia. Se concluyó que se trata de un proceso anárquico proliferativo (neoplasia maligna del bulbo duodenal). Se realizó biopsia con pinza a través del canal de biopsia donde se informó: muestra constituida por mucosa de intestino delgado con reacción inflamatoria crónica severa, se observa un fragmento de tejido con un adenocarcinoma, conclusiones: adenocarcinoma de bulbo.

Se observó imagen redondeada bien definida de contornos regulares, a nivel del tercio medio del hemitórax izquierdo sugerente de una neoplasia de pulmón (fig. 1), que sugiere realizar TAC de pulmón.



Fig. 1. Rayo X de pulmón

TAC de pulmón

Se realizó un estudio simple y con contraste, EV de pulmón, con cortes de 10 mm y se observó imagen hiperdensa de (37 UH) de 77 x 62 x 60 mm de contornos ligeramente irregulares que contacta la pleura a este nivel, con áreas de neumonitis adyacentes, localizada en segmento anterior del lóbulo superior izquierdo, que a la embolada de contraste presentó un realce periférico con tabicaciones finas (82 UH), no adenopatías mediastinal, no derrame pleural, signos de angioesclerosis.

Las porciones visualizadas de hígado y bazo con de aspectos normales, llama la atención imagen hiperdensa (44 UH) de aspecto heterogéneo, que se proyectó a nivel de ambas suprarrenales, midiendo por la derecha 58 x 38 mm y la izquierda 33 x 41 mm, que a la embolada de contraste presentó un realce periférico no homogéneo 851 UH, cambios artrósicos de columna dorsal.

ID: metástasis de pulmón y suprarrenal

Diagnóstico clínico

Tumor maligno (adenocarcinoma) localizado en el bulbo duodenal, con metástasis pulmonar y suprarrenal.

El paciente se refiere al Centro Oncológico Provincial, donde recibe tratamiento adecuado para su enfermedad.

DISCUSIÓN

El paciente debutó con una epigastralgia que condujo a la realización de una endoscopia superior diagnóstica, con un diagnóstico presuntivo de adenocarcinoma de bulbo confirmado mediante biopsia, y metástasis pulmonar y suprarrenal como hallazgos de la TAC.

Los tumores malignos duodenales son muy escasos. El más común es el adenocarcinoma, seguido del carcinoide, el leiomiomasarcoma y el linfoma. Suelen manifestarse clínicamente con hemorragia digestiva alta, excepto cuando se sitúan en las proximidades de la papila y originan colestasis o pancreatitis ⁴.

Muchos pacientes presentan neoplasias del sistema digestivo sin que presenten manifestaciones abdominales de tumores o masas palpables en epigastrio, y otras son apenas perceptibles por endoscopia como el cáncer en estadios iniciales, que solo es perceptible por la rigidez de la mucosa, y se confirma mediante biopsia.

En sus fases iniciales, el tumor no produce síntomas. Posteriormente, puede aparecer dolor de características inespecíficas. Los tumores avanzados se manifiestan por un cuadro de vómitos debido a la estenosis de la luz, hemorragia e ictericia o pancreatitis en las lesiones periampulares ⁵.

El aspecto endoscópico del tumor en sus fases precoces y avanzadas es similar al del cáncer gástrico. La panendoscopia con toma de biopsia y citología tiene un rendimiento del 88% en el diagnóstico ⁵. El tratamiento es quirúrgico, con resección intestinal a larga distancia del tumor, y el pronóstico es sombrío, con tasas de supervivencia inferiores al 25% a los cinco años de la resección ⁵.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Garcets HR. Manual de endoscopia digestiva superior diagnóstica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.
2. Ledesma Z, Gutiérrez B, Cirió G, Lemus MV, Sanabrá JG, Romero T, et al. Diagnóstico histológico de la infección por *Helicobacter pylori* en Pinar del Río, Cuba.

Vaccimonitor .2010 [citado 20 abr 2012]; 19(2) Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-028X2010000200001&script=sci_arttext

3. Avenaud P, Maris A, Monteiro L, Le Bail B, Bioulac-Sage P, Balabaud C, et al. Detection of helicobacter species in the liver of patients with and without primary liver carcinoma. Cancer. 2000[citado 10 abr 2012]; 89: 1431-9. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11013355>

4. Correa P. Helicobacter Pylory and gastric carcinogenesis. Am J Pathol. 1995.[citado 20 ene 2013]; 19:37-43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7762738>

5. Farreras R. Medicina Interna. Tumores malignos del duodeno. 13 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.

Recibido: 18 de noviembre de 2012

Aprobado: 8 de enero de 2013

Dr. *Arnolis Fuentes Rodríguez*. Policlínica Rubén Batista Rubio. Cacocum. Holguín. Cuba.
Correo electrónico: arnolis@hvil.hlg.sld.cu