

Presentación de caso

Hemorragia digestiva alta como primera manifestación clínica de neoplasia de bulbo duodenal. Presentación de caso

High digestive hemorrhages as first clinical manifestation of neoplasia from the duodenal bulb. Case presentation

Dra. Mirian Belkis Nápoles Valdés¹, Dra. Mercedes Maria Ornia García¹, Dr. Oscar Domingo Pérez Rodríguez¹, Dr. Francisco Lorenzo Castillo¹, Dr. Jorge Rodríguez Bonet².

1. Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba.
2. Policlínico Centro. Sancti Spiritus. Cuba.

RESUMEN

Fundamentación: Las neoplasias malignas del intestino delgado son poco comunes y su diagnóstico es tardío porque suelen ser asintomáticas o los síntomas son intermitentes e inespecíficos. **Objetivo:** Ofrecer una enseñanza clínico-endoscópica y radiológica de la forma de presentación de la neoplasia del bulbo duodenal que hizo su debut con hemorragia digestiva alta. **Presentación de caso:** Paciente masculino de 75 años de edad que ingresó por presentar sangrado digestivo alto en forma de vómitos oscuros, se le realizaron varios exámenes, entre ellos esofagogastroduodenoscopia así como toma de biopsia para estudio histológico cuyo diagnóstico definitivo fue adenocarcinoma del bulbo duodenal. **Conclusiones:** En las enfermedades que afectan el tracto gastrointestinal es necesario tener presente como diagnóstico nosológico este tipo de tumor maligno ya que un tratamiento oportuno puede asegurar una evolución satisfactoria y una supervivencia mayor para el paciente.

DeCS: NEOPLASIAS DUODENALES/diagnóstico; HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL.

Palabras clave: Adenocarcinoma de bulbo duodenal; diagnóstico nosológico; hemorragia digestiva.

ABSTRACT

Background: Malignant neoplasias of the small intestine are not very common and the diagnosis is late because they are usually asymptomatic or the symptoms are intermittent and inespecific. **Objective:** To offer a clinical-endoscopical and radiological teaching of the way of the presentation of the neoplasia of the duodenal bulb that made its debut with high digestive hemorrhage. **Case presentation:** A 75 years old male patient who was admitted due to a high digestive bleeding in a way of dark vomits, several exams were performed, such as esophagogastroduodenoscopy as well as biopsy taking for histological study whose definite diagnosis was adenocarcinoma of the duodenal bulb. **Conclusions:** In the diseases that affect the gastrointestinal tract it is necessary to bear in mind as a nosologic diagnosis this type of malignant tumor since an timely treatment can assure a satisfactory evolution and a major survival for the patient.

MeSH: DUODENAL NEOPLASMS/diagnosis; GASTROINTESTINAL HEMORRHAGEGIA.

Keywords: Duodenal neoplasms; diagnosis; gastrointestinal hemorrhage; adenocarcinoma of duodenal bulb/nosologic diagnostic/digestive hemorrhages.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma primario de duodeno es una situación poco común, representa alrededor del 0,3 % de todas las neoplasias malignas del tracto gastrointestinal y del 25 al 45 % de las neoplasias malignas de intestino delgado ¹.

El duodeno comprende el 8 % del total de intestino delgado, pero es más probable de padecer cambios cancerosos que el yeyuno o el íleon y específicamente en el duodeno son los segmentos distales los que con frecuencia se diagnostican las neoplasias malignas ².

El estudio de su etiología o génesis ha sido objeto de estudio pero, su baja frecuencia lo ha imposibilitado por lo que se sugieren múltiples hipótesis, desde la exposición de sustancias intestinales irritativas hasta el comprometimiento de la inmunidad del órgano. La sobrevida en los pacientes con cáncer de duodeno es baja, y está influenciada por múltiples factores, entre ellos, lo tardío del diagnóstico, son asintomáticos y cuando aparecen algunos síntomas son inespecíficos e intermitentes ^{3,4}.

Por lo general el tumor maligno duodenal, son neoplasias moderadamente diferenciadas, y en muchas ocasiones su diagnóstico es en etapas avanzadas, por lo que el objetivo de esta publicación es ofrecer una enseñanza clínica- endoscópica y radiológica de la forma de presentación de un tumor del bulbo duodenal que debutó con hemorragia digestiva en forma de hematemesis y anemia en el paciente; ante síntomas dispépticos que no responden a la terapia habitual se debe tener en cuenta como diagnóstico nosológico este tipo de tumor maligno.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 75 años de edad con antecedentes de enfermedad de Parkinson, que lo trajeron al cuerpo de guardia de cirugía por presentar vómitos oscuros y decaimiento, se interpretó como una hemorragia digestiva alta (HDA), se remitió al Servicio de Gastroenterología donde se le realizó una esofagogastroduodenoscopia (EGD): Se constató un sangrado digestivo activo sin poder precisar etiología y abundante líquido de retención y detritus en cámara gástrica.

Fue ingresado en el servicio de cirugía donde se suspendió vía oral, se realizó abordaje profundo, se constató cifras bajas de hemoglobina y se decidió trasfudir para estabilizar al paciente y repetir endoscopia.

Se repitieron todos los exámenes: Estudios hemoquímicos, hemoglobina: 75 g/L, fosfatasa alcalina: 358 y el resto de los exámenes se observaron dentro de los parámetros normales.

Estudios imaginológicos: -Ecografía abdominal. Hígado: De tamaño normal, con discreto aumento de su ecogenicidad. Vesícula: Presencia de múltiples imágenes ecogénicas, paredes finas, interpretándose como: Litiasis vesicular. Abundante contenido de retención en cámara gástrica y discreta distensión de asas intestinales.

-Radiografía de tórax: No alteraciones pleuropulmonares.

-Radiografía de estómago y duodeno baritado: Estómago en repleción de contraste con pobre contractilidad pero paso del contraste hacia el duodeno; donde observamos a nivel de la mitra duodenal imagen de defecto de lleno de contornos irregulares que ocupa casi toda la totalidad de la mitra duodenal y que es visible en todas las vistas realizadas.

Existe poco paso del contraste baritado al resto de las porciones del duodeno. Debido a las características radiológicas descritas a nivel de la primera porción del duodeno, según la semiología del tubo digestivo es compatible con un tumor del duodeno en la primera porción.

No otras alteraciones visibles por este estudio.

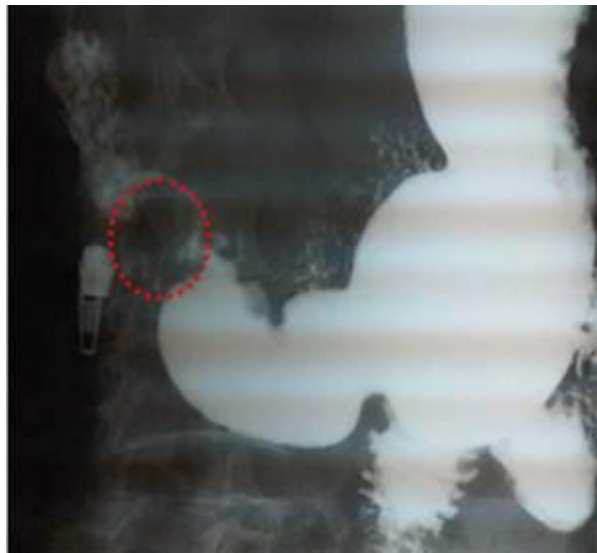


Fig.1. En el bulbo duodenal imagen de defecto de lleno de contornos irregulares.

Tomografía axial computarizada del abdomen superior (contraste oral): hígado de tamaño normal, homogéneo. Bazo, riñones de características normales. Se visualizó el estómago en moderada repleción de contraste, de características normales por este estudio. Llama la atención a nivel de la mitra duodenal imagen hipodensa de aproximadamente 3 cm irregular en sus contornos; con una densidad de + 3 ohm, que se visualizó en múltiples cortes (cortes 1,2,3 y 4) del estudio. Hubo poco paso del contraste yodado al resto de las porciones y asas yeyunales. No líquido libre en cavidad abdominal. Aorta ateromatosa, no aneurisma. No adenopatías periaórticas. Páncreas de tamaño normal, homogéneo. No dilatación de vías biliares.

Se repitió el estudio endoscópico superior que informó: "... luego de rebasar el píloro se observó una formación que crecía hacia la luz, ocluyéndola parcialmente, con áreas ulceradas y estigmas de sangrado reciente, no pudiendo rebasar hacia la segunda porción duodenal por la friabilidad del

bulbo a la insuflación con aire. En estómago se observó abundantes secreciones de retención con componente hemático”.

Se tomó muestra para estudio histológico bajo precaución la cual informó adenocarcinoma moderadamente diferenciado con áreas de necrosis y ulceración asociados a severo componente inflamatorio crónico agudizado.

Se sometió a discusión colectiva en el equipo multidisciplinario, por el estado del paciente y la negación de familiares a realizar procedimiento quirúrgico, se refirió al servicio de oncología para recibir tratamiento oncológico pertinente.

DISCUSIÓN

En 1746 se describió en la literatura el primer caso de tumor maligno del duodeno ¹, sin embargo su baja frecuencia no ha permitido establecer un denominador común en la génesis de esta enfermedad. El intestino delgado está formado por duodeno, el yeyuno y el íleon, y representa el 75 % de la longitud total del tracto gastrointestinal y el 90 % de la superficie de absorción; sin embargo, el cáncer de intestino delgado es infrecuente, siendo la localización de tan solo un 1-3 % del cáncer gastrointestinal ⁵.

Las características propias del intestino delgado como es su longitud, aproximadamente de seis a ocho metros, la diversidad de los componentes estructurales de esta parte del tracto digestivo, así como sus funciones principales, lo hacen notablemente resistente al crecimiento de tumores benignos o malignos.

Se han propuesto varias teorías para explicar la baja frecuencia de lesiones malignas duodenales, siendo lo más probable que tenga un origen multifactorial ².

1. Proliferación rápida de las células de la mucosa.
2. PH alcalino, lo cual previene la formación de nitrosaminas.
3. Sistema inmune local mediado por IgA bien desarrollado, factor protector contra el desarrollo de tumores.
4. Tránsito rápido, lo que limita la exposición del epitelio a carcinógenos.
5. Escasa población bacteriana que disminuiría el riesgo de transformación neoplásica, resultado de carcinógenos producidos por estos microorganismos.
6. El contenido líquido del duodeno, menos abrasivo o irritante a la mucosa.
7. Grandes concentraciones de la enzima benzopireno hidroxilasa, tendría efecto neutralizador sobre los agentes carcinógenos.
8. Localización de la célula madre pluripotencial del epitelio en la profundidad de las criptas, resguardada por una capa mucosa que lo protege de los productos carcinógenos.

La neoplasia maligna del intestino delgado suele afectar a un segmento corto por lo que la presentación clínica es variable, puede fluctuar desde un comportamiento asintomático hasta cursar con síntomas abdominales inespecíficos: Dolor abdominal, con un síndrome general como astenia, anorexia y pérdida de peso. Por lo general son neoplasias con tendencia a la estenosis y

la ulceración, por lo que los síntomas más frecuentes son la obstrucción intestinal y la hemorragia⁶.

Una parte de estos tumores se diagnostican de forma casual al ser sometidos a una endoscopia digestiva superior por síntomas inespecíficos dispépticos que no mejoraron a pesar del tratamiento o cuando han llegado los pacientes por urgencia con hemorragia digestiva alta, como es el caso que nos ocupa y al examen endoscópico aparece una formación ulcerada con signos de sangrado que en un primer momento no se pudo precisar en el paciente y solo después de las medidas de estabilización se pudo repetir y detallar las características endoscópicas de la mucosa.

El procedimiento para el diagnóstico de los tumores duodenales es muy difícil ya sea por ser asintomáticos o por encontrarse en segmentos distantes del intestino delgado que escapan a los complementarios actuales, no obstante los estudios radiológicos baritados, pueden tener una sensibilidad entre un 30 %- 50 %, la tomografía axial computarizada puede mostrar alteraciones intestinales hasta en la mitad de los casos. Otros estudios: Tenemos la endoscopia digestiva alta la cual se limita hasta la segunda porción del duodeno, por lo que permite diagnosticar casi la totalidad de los tumores en esta ubicación, sin embargo otras porciones del mismo escapan a la visualización endoscópica. La colonoscopia permite visualizar y tomar biopsias del segmento de íleon terminal. Otras herramientas diagnósticas son la resonancia magnética, la arteriografía y la ecoendoscopia⁵⁻⁸.

Como en otras neoplasias malignas gastrointestinales, la modalidad predominante de tratamiento es cirugía, cuando la resección es posible, y la curación se relaciona con la capacidad de reseccionar el tumor por completo, tratamiento que no se realizó en este paciente por decisiones tanto del paciente como de los familiares.

La supervivencia general es de cinco años, para el adenocarcinoma resecable es de un solo el 20 % y para el leiomioma resecable, el sarcoma primario más común del intestino delgado, es de aproximadamente 50 %. Las lesiones irresecables se caracterizan por extenderse a los grandes vasos, a retroperitoneo o metástasis a distancia. Los tumores malignos de intestino delgado tienen en general mal pronóstico, con una supervivencia global a cinco años, variable de acuerdo con el tipo histológico, pero que en ningún caso supera el 50 %⁹⁻¹¹.

CONCLUSIONES

Los tumores malignos del intestino delgado son poco frecuentes, los casos seriados estudiados y publicados, no han permitido profundizar en la génesis y diagnóstico de esta enfermedad, por lo que en presencia de síntomas dispépticos inespecíficos que no ceden a la terapia habitual o hemorragia digestiva alta, debe estar presente en el pensamiento clínico del profesional de salud, el diagnóstico nosológico de esta afección maligna, ya que llevará a una conducta terapéutica más certera que se traduciría en una supervivencia mayor para el paciente enfermo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Urra M, González González EL, Rodríguez González G. Adenocarcinoma primario de la tercera porción duodenal. Presentación de caso. *Medicentro* [Internet]. 2011 [citado 2015 May 13]; 1:94-6. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/87/116>
2. Rosas Marcos E, Frisancho Velarde O, Yabar Berrocal A. Neoplasia maligna duodenal: perfil Clínico - patológico. *Rev Gastroenterol Perú* [Internet]. 2003 [citado 2015 May 13]; 23(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292003000200003&script=sci_arttext
3. Chang HK, Yu E, Bae YK, Jang KT. Adenocarcinoma of the small intestine: a multi-institutional study of 197 surgically resected cases. *Hum Pathol* [Internet]. 2010 Aug [citado: 2010 10];41(8). Available from: <http://www.humanpathol.com/article/S0046-8177%2810%2900017-1/abstract>
4. Fuentes Rodríguez A, Heres Salazar AI, Guerrero Almaguer CM, Martínez Duran Y, García Rojas D. Paciente con adenocarcinoma de bulbo duodenal con metástasis pulmonar y suprarrenal. *CCM* [Internet]. 2013 Jul-sep [citado 2015 May 13];17(3):387-91. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000300021&script=sci_arttext
5. De la Fuente SC, Flisfisch FH. Tumores del Intestino Delgado. *Rev Medicina y Humanidades* [Internet]. 2011 [citado 2015 May 13]; 3(3). Disponible en: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n3_2011/05_TUMORES_DE_INTESTINO_DELGADO.pdf
6. McCarron EC, Gibbs J, Fakih M, Nava HR, Rajput A. Duodenal Adenocarcinoma: vague complaints, delayed diagnosis and poor outcome. *Proceedings in the ASCO (Gastrointestinal Cancers Symposium) 2004*;171A
7. Poultsides GA, Huang LC, Cameron JL, Tuli R, Lan L, Hruban RH, et al. Duodenal Adenocarcinoma: Clinicopathologic Analysis and Implications for Treatment. *Ann Surg Oncol* [Internet]. 2012 Jun [cited: 2015 jan];19(6):1928-35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3663711/>
8. Buchs NC, Bucher P, Morel P. Segmental duodenectomy for gastrointestinal stromal tumor of the duodenum. *World J Gastroentero* [Internet]. 2010 Jun [Cited: 2015 jan 12]; 16(22): 2788–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883135/>
9. Zureikat AH, Heller MT, Zeh HJ. Cancer of the small intestine. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. *Principles and Practice of Oncology*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 1048-59.
10. Khor TS, Brown I, Kattampallil J, Yusoff I, Kumarasinghe PM. Duodenal Adenocarcinoma arising from a pyloric gland adenoma with a brief review of the literature *BMJ Case Reports* [Internet]. 2010 [cited: 2015jan 15; 29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3028104/>
11. Tadashi T. Pathologic observations of the duodenum in 615 consecutive duodenal specimens in a single Japanese hospital: II. Malignant lesions. *Int J Clin Exp Pathol* [Internet]. 2012 [cited: 2015 Jan 13] ; 5(1): 52–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3267486/>

Recibido: 2015-05-15

Aprobado: 2015-10-23