

Adenocarcinoma duodenal: un hallazgo poco frecuente. Reporte de caso

Duodenal Adenocarcinoma: A Rare Finding. A Case Report

Cristian Tarazona-León,¹  Mauricio Vanegas-Ballesteros,¹  Fabio Alejandro Vergara-Suárez,¹  Gianmarco Camelo-Pardo,^{2*} 
Luis Felipe Murcia,³  Niyireth Alicia Trillos-Padilla.⁴ 

ACCESO ABIERTO

Citación:

Tarazona-León C, Vanegas-Ballesteros M, Vergara-Suárez FA, Camelo-Pardo G, Murcia LF, Trillos-Padilla NA. Adenocarcinoma duodenal: un hallazgo poco frecuente. Reporte de caso. *Revista. colomb. Gastroenterol.* 2025;40(3):346-351.
<https://doi.org/10.22516/25007440.1273>

¹ Médico cirujano, especialista en Cirugía General, subespecialista en Trasplante y Cirugía Hepatopancreatobiliar, Hospital Internacional de Colombia, Fundación Cardiovascular. Bucaramanga, Colombia.

² Médico del servicio de urgencias, Fundación Cardiovascular. Estudiante de Maestría en Epidemiología, Hospital Internacional de Colombia. Bucaramanga, Colombia.

³ Médico Internista, Fundación Cardiovascular de Colombia. Bucaramanga, Colombia.

⁴ Médico, servicio de cirugía general, Fundación Cardiovascular de Colombia, Hospital Internacional. Bucaramanga, Colombia.

*Correspondencia: Gianmarco Camelo-Pardo.
gianmarconacional@hotmail.com

Fecha recibido: 12/08/2024
Fecha aceptado: 08/11/2024



Resumen

Introducción: el adenocarcinoma del duodeno es una neoplasia infrecuente, pero de comportamiento agresivo. El pilar del tratamiento es la resección quirúrgica, y en algunos casos es necesario realizar pancreatoduodenectomía o resección duodenal segmentaria. En el manejo multimodal, la quimioterapia y la radioterapia son fundamentales. **Objetivo:** describir el caso de un paciente adulto mayor con hallazgo tomográfico de masa duodenal con obstrucción de su luz casi en su totalidad, que requirió realizar duodenectomía y colecistectomía vía abierta que evidenció intraoperatoriamente un tumor en la tercera y cuarta porción duodenal con compromiso de tejidos retroperitoneales. **Discusión:** las neoplasias de duodeno son muy raras. La intervención quirúrgica es la elección en esta patología. **Conclusiones:** el adenocarcinoma duodenal es una patología muy infrecuente. Su presentación clínica es inespecífica, por lo cual se debe sospechar en aquellos pacientes con factores de riesgo asociados.

Palabras clave

Adenocarcinoma, enfermedades duodenales, dolor abdominal, cirugía general.

Abstract

Introduction: Duodenal adenocarcinoma is an uncommon but aggressive malignancy. Surgical resection is the cornerstone of treatment, and in some cases, pancreatoduodenectomy or segmental duodenal resection is required. In multimodal management, chemotherapy and radiotherapy play a fundamental role. **Objective:** To describe the case of an elderly patient with a tomographic finding of a duodenal mass causing near-complete luminal obstruction, who underwent open duodenectomy and cholecystectomy, revealing intraoperatively a tumor in the third and fourth portions of the duodenum with involvement of retroperitoneal tissues. **Discussion:** Duodenal neoplasms are extremely rare. Surgical intervention remains the treatment of choice for this pathology. **Conclusions:** Duodenal adenocarcinoma is a very rare condition. Its clinical presentation is nonspecific, necessitating suspicion in patients with associated risk factors.

Keywords

Adenocarcinoma, duodenal diseases, abdominal pain, general surgery.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma duodenal es una patología infrecuente, su incidencia es inferior al 1% de los cánceres gastrointestinales⁽¹⁾. En comparación con otras patologías oncológicas

periampulares, en esta entidad se pueden obtener resultados más favorables en el tratamiento quirúrgico⁽²⁾. La mayoría de los adenocarcinomas duodenales se originan en la segunda porción del duodeno, seguida de los de la tercera y cuarta porción, pero los de la primera porción son aún

más infrecuentes⁽¹⁾. Existen diferentes factores de riesgo asociados a la aparición de esta patología, entre las que se encuentran cambios alimentarios, enolismo, tabaquismo, presencia de poliposis adenomatosa familiar, síndrome de Gardner, entre otros^(1,3).

Su presentación clínica generalmente es inespecífica, aunque los síntomas como náuseas, emesis, astenia, adinamia o pérdida de peso pueden estar presentes⁽⁴⁾, y el síntoma más frecuente es el dolor abdominal^(5,6). La presencia de anemia, ictericia o síntomas obstructivos gastrointestinales son sugestivos de un compromiso avanzado^(6,7). Por su sintomatología inespecífica, muchos pacientes son diagnosticados de forma tardía⁽⁵⁻⁷⁾. La esofagogastroduodenoscopia es una alternativa que permite la visualización del duodeno y la realización de biopsias; sin embargo, la tomografía computarizada con contraste ayuda a evaluar la afectación estructural cercana, márgenes de resección y planificación quirúrgica^(8,9). En este tipo de patología, la ecografía abdominal no es útil en tumores menores de 2 cm de diámetro⁽²⁾.

El objetivo de este reporte de caso es presentar a un paciente con adenocarcinoma duodenal, una patología que representa un reto diagnóstico y quirúrgico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino adulto mayor de 75 años con antecedentes de hipotiroidismo, hipertensión arterial, hiperplasia prostática benigna, colelitiasis y colecistitis crónica, quien cursó con un cuadro clínico de emesis y pérdida involuntaria de 30 kilogramos de peso aproximadamente en seis meses, por lo que fue valorado a nivel extrahospitalario y le realizaron una esofagogastroduodenoscopia, que evidenció el esófago y estómago con morfología y calibre normales, pero en el duodeno se encontró una lesión polipoide ulcerada de bordes irregulares y de aspecto infiltrativo con una disminución del calibre de la luz en un 90% (**Figura 1**). Por lo anterior, se le realizó una biopsia, en la que se reportaron siete fragmentos de mucosa duodenal con presencia, en todos ellos, de lesiones tumorales malignas de origen epitelial moderadamente diferenciadas y constituida por células de tamaño intermedio; tenían escaso citoplasma y núcleos hipercromáticos, medianamente pleomórficos. Las muestras fueron dispuestas en tubos, glándulas, papilas y proyecciones digitiformes que infiltraron todo el espesor de los fragmentos evaluados, también se realizaron un moderado infiltrado inflamatorio mononuclear y una ligera

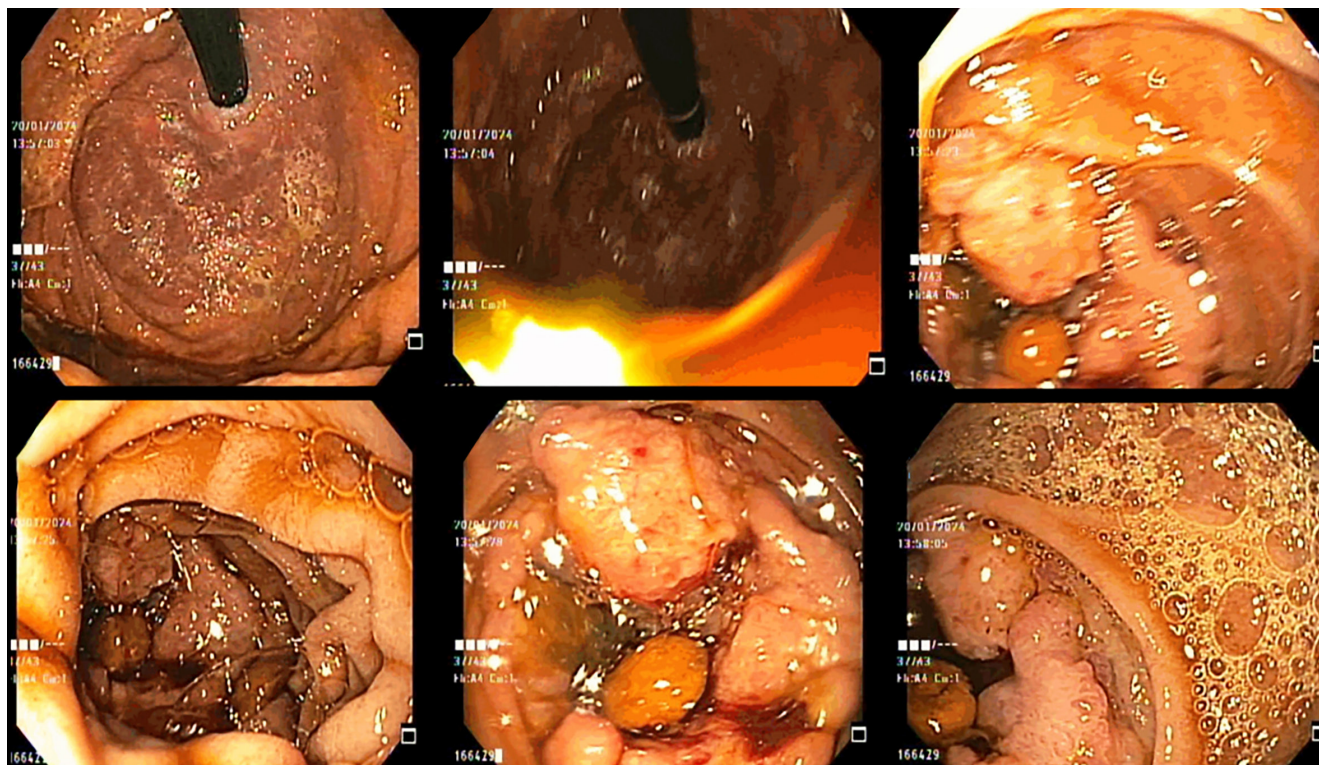


Figura 1. Esofagogastroduodenoscopia extrahospitalaria con lesión polipoide ulcerada. Tomada de: Servicio de Gastroenterología, Centro de especialistas. Seleccionada por los autores.

respuesta desmoplásica, sin invasión vascular sanguínea o linfática o de perineuros por parte de los elementos celulares tumorales.

Por lo anterior, fue remitido a nuestra institución, en la que se le realizaron estudios de extensión: una tomografía computarizada de abdomen y de pelvis con contraste, en la que se reportó un engrosamiento irregular de las paredes en la tercera porción del duodeno, que alcanzó un espesor de hasta 15 mm, además de adenopatías mesentéricas adyacentes, coledocitis, ateromatosis aórtica y aumento del tamaño prostático (Figura 2).

Fue valorado por cirugía hepatobiliar, donde se consideró realizar una duodenectomía y colecistectomía vía abierta. Estas evidenciaron de forma intraoperatoria una masa que comprometía la tercera y cuarta porciones duodenales con compromiso de tejidos retroperitoneales, sin contacto con

el páncreas (Figura 3). Se realizó la duodenectomía más una reconstrucción duodeno-yeyunal latero-lateral más la colocación de sonda de nutrición basoyeyunal y una colecistectomía. En el estudio histopatológico, se hizo el hallazgo de adenocarcinoma pobremente diferenciado grado 3 con localización en la tercera y cuarta porciones del duodeno, invasión del tumor a través de la muscular propia hasta la subserosa y tejido mesentérico sin penetración serosa, sin invasión linfocelular. Había presencia de márgenes en el borde proximal y distal libres de compromiso tumoral y, a nivel ganglionar, compromiso de 12 ganglios por la lesión tumoral maligna. El estadiaje patológico (pTNM, AJCC 8.^a edición) fue: pT3, pN1.

El paciente tuvo una evolución tórpida por íleo mecánico y fue valorado por cirugía hepatobiliar, donde se consideró realizar una laparotomía exploratoria y liberación de

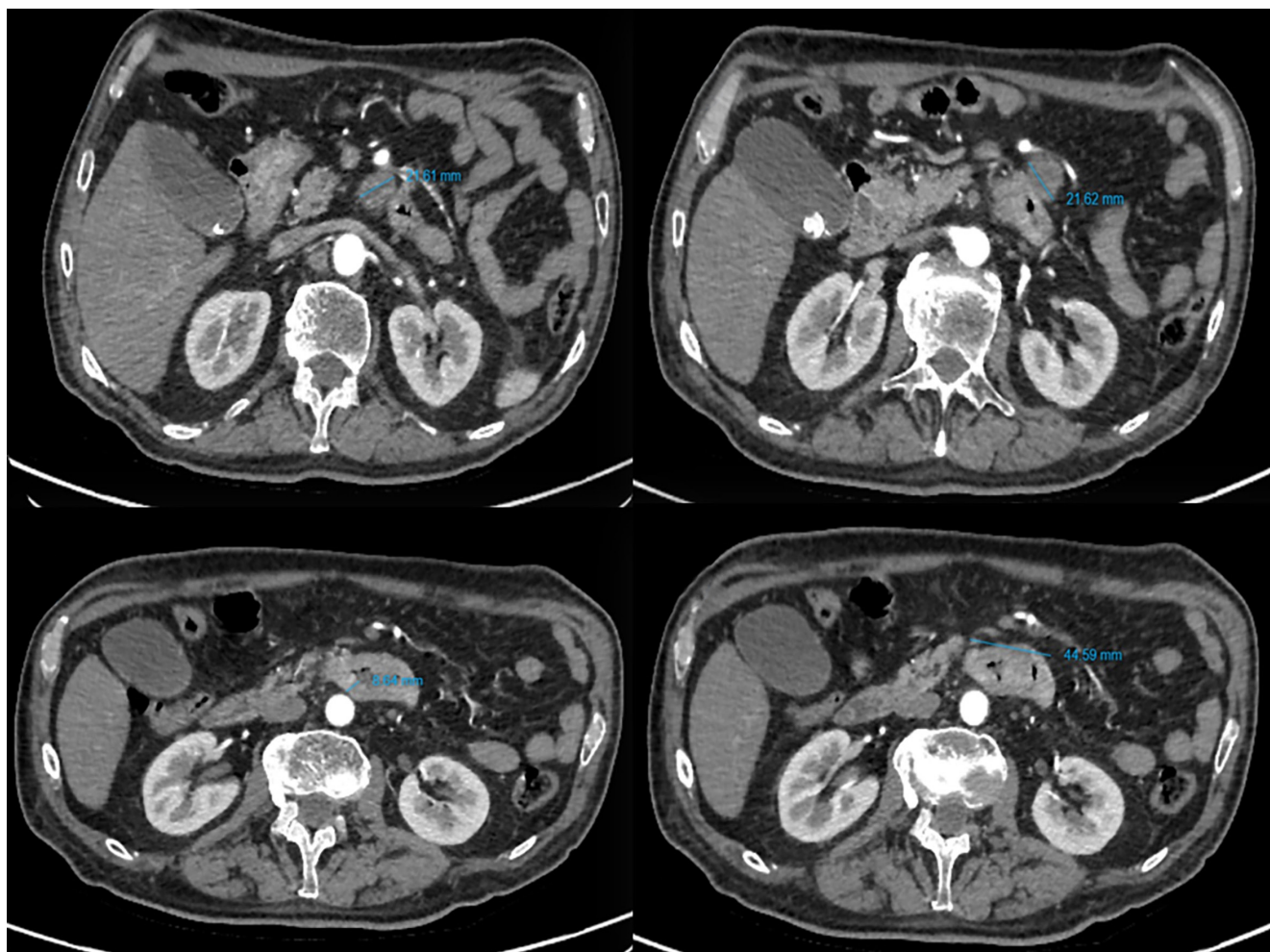


Figura 2. Tomografía computarizada de abdomen y de pelvis con contraste en la que se reportó un engrosamiento irregular de las paredes en la tercera porción del duodeno, adenopatías mesentéricas adyacentes, coledocitis, ateromatosis aórtica y aumento del tamaño prostático. Tomada de: Servicio de Radiología, Hospital Internacional de Colombia. Seleccionada por los autores.

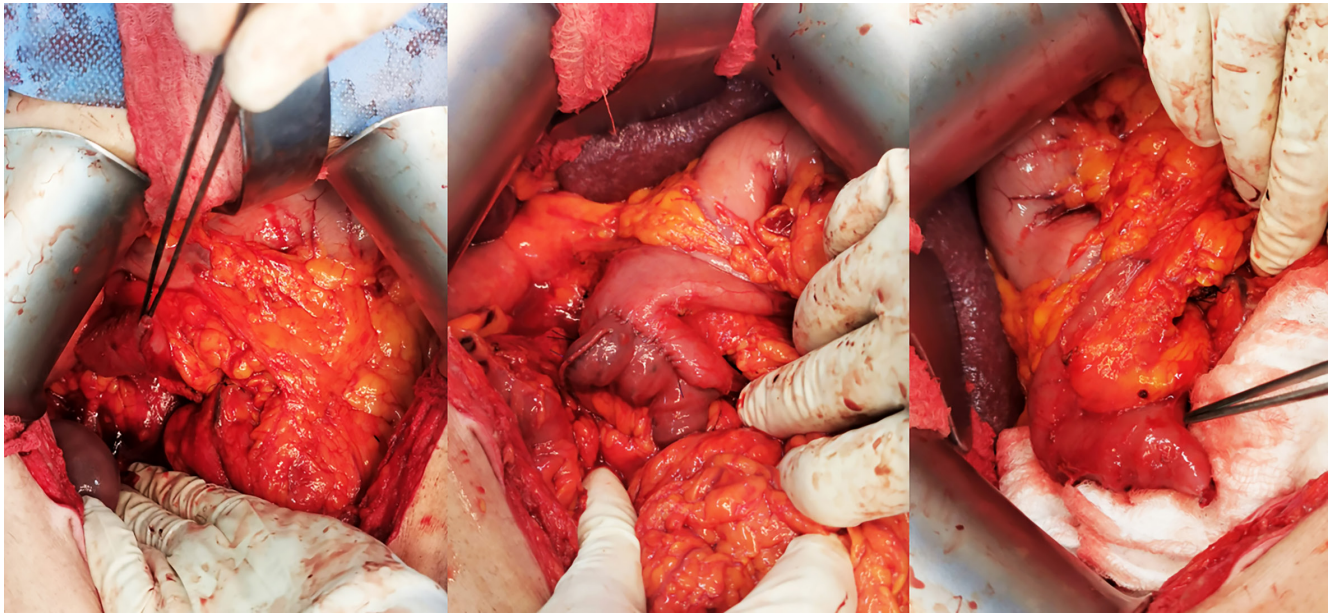


Figura 3. Hallazgo Intraoperatorio: masa que compromete la tercera y cuarta porciones duodenales con compromiso de tejidos retroperitoneales. Procedimiento: duodenectomía más reconstrucción duodeno-yeyunal latero-lateral más la colocación de sonda de nutrición basoyeyunal y colecistectomía. Tomada de: Servicio de Cirugía, Hospital Internacional de Colombia. Seleccionada por los autores.

adherencias de asas. Se hicieron los hallazgos de síndrome adherencial grave por cirugía previa, múltiples bridas, zona de volvulaciones en el intestino delgado por adherencias, estenosis puntiforme en el yeyuno a 50 cm de la anastomosis duodeno-yeyunal, múltiples segmentos del intestino delgado con edema grave y estenosis marcada con dilatación retrógrada. También había presencia de zonas estenóticas y edematizadas, segmento del yeyuno de aproximadamente 25 cm, segmento de íleon, íleon distal de 20 cm y anastomosis duodeno-yeyunal previa sin signos de estenosis.

A pesar de lo anterior, el paciente mantuvo el cuadro persistente de íleo intestinal, además de gastroparesia y alteraciones del peristaltismo posiblemente asociadas a su patología quirúrgica, por lo que se indicó el inicio de prucaloprida, con una mejoría posterior. En relación con su compromiso ganglionar documentado en el estudio histopatológico posquirúrgico, fue valorado por oncología con indicación de terapia sistémica previa valoración por geriatría; sin embargo, por parte de la especialidad se consideró que, dada la sarcopenia, el delirio mixto previo y la malnutrición, no se recomendaba iniciar una terapia sistémica por el alto riesgo de quimiotoxicidad, lo que podía afectar más su calidad de vida y el estado clínico hasta no optimizar su estado nutricional. Durante su estancia prolongada, fue valorado de forma multidisciplinaria, con seguimiento diario hasta que se le permitió el egreso con los respectivos

controles. Fue valorado a la semana y al mes, y no hubo sintomatología abdominal durante este periodo.

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma de duodeno es una entidad poco frecuente⁽¹⁰⁾. El origen de la mayoría de tumores del íleon es neuroendocrino; sin embargo, el adenocarcinoma es el más común de los cánceres en duodeno⁽¹⁾. Se localiza con mayor frecuencia en la segunda porción duodenal, seguido por la tercera y cuarta porción⁽¹⁰⁾. Su sintomatología no es tan florida inicialmente, lo que retrasa el diagnóstico. En la mayoría de casos, las manifestaciones clínicas se presentan solo hasta que el tumor adquiere un tamaño lo suficientemente grande, llegando algunas veces a detectarse en un estadio avanzado⁽¹¹⁾. Se han descrito como síntomas iniciales la triada de pérdida de peso, vómito y náuseas, así como una asociación de dichos síntomas con ictericia, sangrado digestivo y diarrea⁽¹⁰⁾.

Para su diagnóstico, por una parte, el tránsito baritado tiene una sensibilidad cercana al 85% y, por otra parte, la endoscopia digestiva alta alcanza una sensibilidad hasta del 90% y permite una visualización y biopsia de la lesión^(1,10). La ecografía y tomografía computarizada son más útiles al momento de estadificar y determinar las opciones de resecabilidad de la lesión⁽¹¹⁾, como en el caso clínico pre-

sentado, dado que el tamaño de la lesión documentada durante la endoscopia hacía necesaria la estatificación y el conocimiento de la anatomía, lo que permitió definir conductas terapéuticas adicionales. Se considera la cirugía como la única opción al momento de intentar un tratamiento curativo, y la pancreatoduodenectomía es la técnica de elección en los tumores localizados en la segunda porción del duodeno porque permite una resección en bloque. Se aconseja que dicha técnica siempre vaya acompañada de una linfadenectomía regional^(1,10,11). En cuanto a los tumores situados en otras porciones duodenales, algunos autores proponen, además de la pancreatoduodenectomía, realizar una resección segmentaria, dejándola como una alternativa de menor riesgo quirúrgico y con igual validez oncológica, siempre y cuando se obtengan márgenes quirúrgicos libres^(1,10). Las causas más habituales de irresecabilidad son las metástasis a distancia y la infiltración de la raíz del mesenterio, lo que les genera un peor pronóstico a los pacientes. El adenocarcinoma duodenal tiene gran tendencia a realizar invasión local, en especial en el hígado, más que a distancia.

Independientemente del abordaje, el estado de los márgenes quirúrgicos afecta la supervivencia. En un estudio realizado por Sohn y colaboradores, se informó sobre la experiencia de Johns Hopkins y se registró una supervivencia a 5 años del 58% en pacientes con márgenes negativos frente al 0% en pacientes con márgenes positivos⁽¹⁾. En otro estudio, de un centro de alta complejidad, se encontraron tasas a 5 años del 55% y el 0% entre los pacientes R0 y R1, respectivamente⁽¹⁾. De forma similar, en otro grupo poblacional, la supervivencia a 5 años fue cerca del 51%⁽¹¹⁾. La cirugía y la infiltración de nódulo linfático son los principales determinantes de supervivencia^(1,11), y una mayor recuperación de ganglios linfáticos se ha asociado de forma independiente con una mejor supervivencia para los pacientes con adenocarcinoma duodenal⁽¹⁾. En el caso de pacientes con opción quirúrgica paliativa que presenten obstrucción gastroduodenal, procedimientos como la gastroyeyunostomía o la duodenoyeyunostomía pueden ser una alternativa⁽¹⁾. En nuestro caso, ante la persistencia de la sintomatología del paciente, se hizo necesaria una intervención quirúrgica rápida que permitió el control de los síntomas; sin embargo, la presencia marcada de compromiso ganglionar hizo necesaria la valoración multidisciplinaria que, ante el deterioro nutricional, se consideró no conveniente iniciar la terapia sistémica como tratamiento adicional. Lo anterior recalca la importancia de que los pacientes sean diagnosticados de forma oportuna para evitar llegar a estadios avanzados de la enfermedad, además de la importancia de la valoración multidisciplinaria al inicio, durante y después del diagnóstico.

La utilidad de terapias adyuvantes aún está por determinar, pues no se ha podido demostrar un beneficio claro hasta el momento. Se necesitan mayores estudios para evaluar otras posibilidades de manejo, como la quimioterapia y radioterapia, ya que por la escasa cantidad de pacientes no es posible, por ahora, extraer conclusiones válidas.

CONCLUSIÓN

El adenocarcinoma duodenal es una patología muy infrecuente. Su presentación clínica en muchas oportunidades es muy inespecífica, por lo cual se debe sospechar en aquellos pacientes con factores de riesgo asociados. El diagnóstico se debería realizar mediante gastroscopia o duodenoscopia en conjunto con otras técnicas, como la tomografía, que permitan delimitar el compromiso tumoral. El principal factor pronóstico en esta patología es el compromiso linfático.

Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas que hicieron parte de este estudio aportando de diferentes maneras en su construcción.

Responsabilidades éticas

La realización de este trabajo fue acorde con las normas rectoras de la investigación clínica vigente y se obtuvo previa aprobación del comité científico de la institución. Se contó con la autorización y el consentimiento informado del paciente. Se siguieron los lineamientos establecidos en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y la Declaración de Helsinki establecida en 1964, adaptada a su última revisión en octubre del 2013. Se aplicaron las recomendaciones de las guías de buenas prácticas clínicas en investigación clínica y los principios éticos básicos inherentes a esta clase de diseño de investigación, respeto a las personas, beneficencia y justicia del reporte Belmont.

Protección de personas y animales

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Conflictos de interés

Los autores declararon no tener conflictos de interés.

Fuentes de financiación

Autofinanciado por los autores.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declararon que no utilizaron tecnologías asistidas por inteligencia artificial (IA) (como modelos de lenguaje grande, *chatbots* o creadores de imágenes) en la producción de este trabajo.

Contribución de los autores

Todos los autores participaron en el diseño y elaboración del protocolo de investigación, recolección de los datos del paciente, discusión de la evolución y elaboración del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Cloyd JM, George E, Visser BC. Duodenal adenocarcinoma: Advances in diagnosis and surgical management. *World J Gastrointest Surg.* 2016;8(3):212-21. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v8.i3.212>
2. Durham K, Zhang X, Bosch DE, Ashat M. Duodenal adenocarcinoma presenting as duodenal cystic dystrophy. *Gastrointest Endosc.* 2022;96(2):378-380. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2022.04.021>
3. Yabuuchi Y, Yoshida M, Kakushima N, Kato M, Iguchi M, Yamamoto Y, et al. Risk Factors for Non-Ampullary Duodenal Adenocarcinoma: A Systematic Review. *Dig Dis.* 2022;40(2):147-155. <https://doi.org/10.1159/000516561>
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):172-174.
5. Salmón Olavarria P, Cebrián García A, Carrascosa Gil J, Hervás Palacios N, Arrubla Gamboa A, Ruiz-Clavijo García D, et al. Primary adenocarcinoma of the fourth portion of the duodenum, an unsuspected diagnosis. *Rev Esp Enferm Dig.* 2022;114(7):437-438. <https://doi.org/10.17235/reed.2022.8732/2022>
6. Varshney VK, Varshney B, Khera S, Sureka B. Adenocarcinoma of the fourth portion of duodenum presenting as intussusception: an unusual manifestation of rare pathology. *BMJ Case Rep.* 2021;14(7):e244034. <https://doi.org/10.1136/bcr-2021-244034>
7. Ojeda Gómez A, Íñigo Chaves AM, Barragán Martínez J, Madero Velázquez L, Picó Sala MD, García Soria A, et al. What are the odds? Duodenum adenocarcinoma as a primary metachronic neoplasia. *Rev Esp Enferm Dig.* 2021;113(11):793-794. <https://doi.org/10.17235/reed.2021.8200/2021>
8. Gelsomino F, Balsano R, De Lorenzo S, Garajová I. Small Bowel Adenocarcinoma: From Molecular Insights to Clinical Management. *Curr Oncol.* 2022;29(2):1223-1236. <https://doi.org/10.3390/curroncol29020104>
9. Woo CG, Lee J, Son SM. Adenocarcinoma arising from heterotopic pancreas at the first portion of the duodenum: a case report. *J Int Med Res.* 2023;51(8):3000605231194902. <https://doi.org/10.1177/03000605231194902>
10. Ramia JM, Villar J, Palomeque A, Muffak K, Mansilla A, Garrote D, et al. Adenocarcinoma de duodeno. *Cir Esp.* 2005;77(4):208-12. [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(05\)70839-3](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(05)70839-3)
11. Tocchi A, Mazzoni G, Puma F, Miccini M, Cassini D, Bettelli E, Tagliacozzo S. Adenocarcinoma of the third and fourth portions of the duodenum: results of surgical treatment. *Arch Surg.* 2003;138(1):80-5. <https://doi.org/10.1001/archsurg.138.1.80>