

Adenocarcinoma de íleon distal

Distal Ileal adenocarcinoma

Victor Roca Campaña^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-8346-6521>

Mirca Elizabeth Cuello Feliz¹ <https://orcid.org/0000-0002-4955-8430>

Pedro Pablo González Rojas¹ <https://orcid.org/0000-0001-9299-3748>

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: victor.roca2382@gmail.com

RESUMEN

Las neoplasias de intestino delgado representan menos del 5 % de los tumores gastrointestinales. Dentro de las variedades histológicas el adenocarcinoma localizado en íleon es poco frecuente. Las manifestaciones clínicas inespecíficas y la dificultad para el diagnóstico radiológico determinan con frecuencia un retardo en el tratamiento. La enterografía por tomografía computarizada es de elección para el diagnóstico y estadiamiento de estos tumores. En la enfermedad locoregional está indicado el tratamiento quirúrgico. Se presenta una mujer de 74 años con adenocarcinoma en íleon distal y evolución prolongada a la que se le realizó entero TC y posteriormente hemicolecotomía derecha. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma. Este reporte evidencia la utilidad diagnóstica de la entero TC y alerta a los clínicos sobre el diagnóstico tardío de estos tumores poco frecuentes.

Palabras clave: adenocarcinoma; intestino delgado; enterografía por tomografía computarizada.

ABSTRACT

Small bowel neoplasms represent less than 5% of gastrointestinal tumors. Within the histological varieties, adenocarcinoma located in the ileum is rare. The non-specific clinical manifestations and the difficulty for radiological diagnosis frequently determine a delay in treatment. Computed tomography enterography is of choice for diagnosing and staging of these tumors. In locoregional disease, surgical treatment is indicated. We report the case of a 74-year-old woman with adenocarcinoma in the distal ileum and prolonged evolution. She underwent a whole CT and later right hemicolectomy. The histological study confirmed the adenocarcinoma diagnosis. This report proves the diagnostic value of the entire CT and alerts clinicians about the late diagnosis of these rare tumors.

Keywords: adenocarcinoma; small intestine; computed tomography enterography.

Recibido: 23/05/2022

Aceptado: 02/05/2022

Introducción

Las neoplasias de intestino delgado representan menos del 5 % de los tumores del tracto gastrointestinal.⁽¹⁾ El adenocarcinoma constituye una de las variedades histológicas predominantes (40 %).⁽²⁾ Este tumor con frecuencia se detecta en estadio avanzado, no existe consenso en cuanto a la aproximación a su diagnóstico y tratamiento.^(2,3) La mayoría de los casos son esporádicos, su localización en íleon es rara y tiene mayor prevalencia en hombres.^(2,3) Se presenta una paciente con adenocarcinoma de íleon distal, esporádico, con diagnóstico a los dos años de evolución. El propósito de este reporte es alertar a los clínicos sobre el diagnóstico tardío de esta neoplasia poco frecuente y mostrar la utilidad diagnóstica de la enterografía por tomografía computarizada.

Presentación del caso

Paciente femenina de 74 años que ingresa por dolor abdominal a tipo cólico en hemiabdomen inferior derecho de dos años de evolución, con episodios de vómitos y diarreas en número de 6 a 7 diarios, que en ocasiones se asocian al dolor abdominal y la deshidratan. Fue estudiada inicialmente con endoscopia digestiva superior y colonoscopia sin evidenciarse lesiones que justificaran estas manifestaciones clínicas. Durante su evolución los episodios de dolor abdominal a tipo cólico, vómitos y diarreas disminuyen en frecuencia e intensidad, y en los últimos dos meses mantiene dolor en hemiabdomen inferior derecho. Siete meses previos a la hospitalización aparece fiebre esporádica entre 37,5⁰C a 38⁰C, sin escalofríos ni sudoración nocturna. Presenta pérdida de peso de 25 lb con pérdida del apetito durante estos dos años.

Se recogen antecedentes patológicos de HTA de cinco años de evolución y diabetes mellitus tipo 2 de un año de evolución, en tratamiento con dieta y captopril. Fue fumadora durante 30 años. Como antecedente patológico familiar relevante su padre y dos hermanos padecieron adenocarcinoma gástrico.

En la exploración física se destaca palidez cutaneomucosa y en el abdomen se palpa en flanco derecho empastamiento doloroso de aproximadamente 3 cm, que no tiene peloteo.

En los exámenes complementarios de hematología se evidenció: anemia severa microcítica y trombocitosis: hemoglobina 6,2 g/dL, hematocrito 21 %, VCM 75,4, HCM 21,8, CHCM 29, leucocitos 9,2 x 10⁹/L, neutrófilos 70 %, linfocitos 21 %, monocitos 2 %, eosinófilos 7 %, plaquetas 700 x 10⁹/L. El estudio bioquímico de glicemia, creatinina, enzimas hepáticas, urea, LDH, proteínas totales, albúmina, ácido úrico fue normal, así como el coagulograma. El hierro sérico estaba disminuido: 2,6 μmol/L y la proteína C reactiva elevada: 38,47 mg/L. En los estudios de imágenes el ultrasonido abdominal reportó lesión de aspecto tumoral de íleon con adenopatías locoregionales secundarias y aumento de la ecogenicidad de la grasa perilesional. Se exploraron las cadenas ganglionares periféricas y no se observaron adenopatías de aspecto secundario.

Se realizó enterografía por tomografía computarizada (entero TC) se administró contraste hidrosoluble por vía oral y endovenoso (fase arterial y venoso-portal), donde se encontró

lesión tumoral de íleon distal, que produjo estenosis irregular, con dificultad al paso del contraste. La lesión midió de longitud 12 cm y grosor parietal de 2,2 cm, asociado con múltiples ulceraciones y áreas de necrosis. La pared tumoral mostró realce con un patrón de captación heterogéneo. El extremo distal de la lesión se reportó a 4 cm de la válvula ileocecal (Fig.1).



Fig 1- Entero TC (reconstrucción curva), muestra lesión tumoral de íleon distal (flechas), con engrosamiento de la pared, la cual presenta patrón de captación heterogéneo. Infiltración de la grasa perilesional. Válvula ileocecal de aspecto normal (asterisco).

Se observaron adenomegalias locoregionales de aspecto secundario, asociado con infiltración de la grasa mesentérica perilesional (Fig.2).



Fig 2- Entero TAC (imagen axial), muestra adenomegalia locorregional de aspecto secundario (flecha).

La TC de tórax simple no evidenció alteraciones pleuropulmonares ni mediastinales. Se discute con los especialistas de imagenología y gastroenterología y se plantean las hipótesis diagnósticas de linfoma primario de intestino delgado vs adenocarcinoma de intestino delgado. Se Tiene en cuenta la cercanía de la lesión tumoral a la válvula ileocecal se realiza colonoscopia con ileoscopia. En dicho proceder se observa a 5 cm del íleon terminal lesión de aspecto tumoral que estenosa casi por completo la luz. No se identifican

alteraciones en el colon. La muestra de la biopsia de la lesión de íleon fue insuficiente para diagnóstico.

Evolución

Se caracterizó por empeoramiento del dolor abdominal y de la constipación. Se discute con cirugía general y se realiza laparotomía exploratoria. Se encuentra tumor de íleon distal con adenopatías de aspecto secundario en mesenterio y signos de oclusión mecánica. No se identificaron carcinosis peritoneal ni lesiones metastásicas en hígado. Ante estos hallazgos se realiza hemicolectomía derecha con ileotransversostomía. No se presentaron complicaciones durante el transoperatorio ni en el posoperatorio. El estudio histopatológico mostró adenocarcinoma moderadamente diferenciado de 8,5 cm x 7,5 cm x 4 cm, mucoproducente, ulcerado e infiltrante hasta tejido graso (Fig 3A). Se evidenciaron metástasis en tres de 11 adenopatías disecadas-T3N1bMx (estadio IIIB) (Fig 3B).

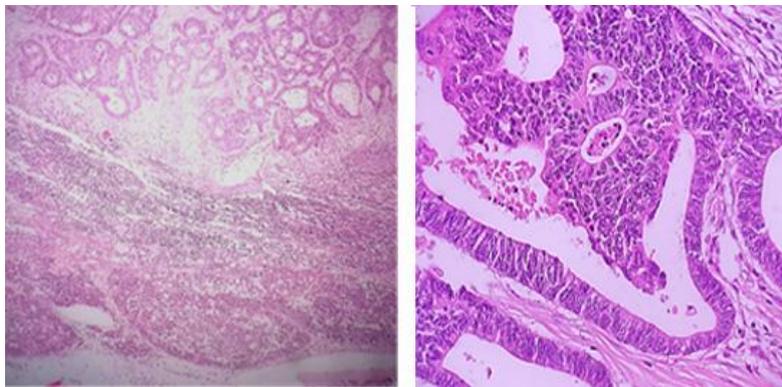


Fig. 3A - Adenocarcinoma colónico moderadamente diferenciado. A gran aumento, las glándulas neoplásicas del adenocarcinoma tienen núcleos apretados, con pérdida de la polaridad, hiperchromatismo y pleomorfismo y células necróticas debridadas en la luz. Hematoxilina/eosina 40X.

3B - Metástasis ganglionar de adenocarcinoma. Obsérvese el tejido linfóide hiperplásico en la mitad inferior de la imagen y glándulas neoplásicas de forma irregular en la mitad superior. Hematoxilina/Eosina 20X.

Los bordes de sección quirúrgica estaban libres de tumor. Seis meses después de la cirugía mantiene seguimiento con oncología, no se han evidenciado metástasis.

Discusión

Las neoplasias del intestino delgado son raras. El diagnóstico definitivo preoperatorio se establece solo en el 50 % de los casos.^(1,4) Dentro de las variedades histológicas de estos tumores, el adenocarcinoma y los tumores neuroendocrinos representan cada uno el 40 % de los casos, seguidos de los tumores del estroma gastrointestinal, los sarcomas y los linfomas que constituyen del 20 % al 25 %.⁽¹⁾ El adenocarcinoma afecta con mayor frecuencia el duodeno, en particular la segunda porción (50 %), seguido del yeyuno (30 %) y del íleon (20

%).⁽⁵⁾ La mayoría de los casos se diagnostican en la séptima u octava décadas de la vida, lo que coincide con este reporte.⁽⁶⁾

Varios factores influyen en su diagnóstico tardío, entre ellos, escenarios clínicos poco claros con síntomas inespecíficos, evolución insidiosa y dificultad en el diagnóstico radiológico.⁽⁷⁾ La mayoría de los casos se diagnostican con enfermedad en estadio avanzado (III o IV), como ocurrió en este caso.⁽⁸⁾ Dentro de los síntomas más frecuentes están: dolor abdominal (45-76 %), náuseas y vómitos (16-52 %), pérdida de peso (28 %), fatiga y anemia (15-30 %), sangrado gastrointestinal (7-23 %). Los signos de presentación que más se reportan son anemia y palidez (40 %), seguidos de oclusión y sangrado.⁽⁹⁾

La evolución prolongada previa al diagnóstico en esta paciente pudo estar determinada por la localización del adenocarcinoma en íleon, la remisión parcial de las manifestaciones clínicas iniciales de dolor abdominal, vómitos, diarreas, así como la aparición tardía de la anemia a forma de sangrado intestinal oculto y por último la oclusión intestinal.

El aumento en la incidencia de estos tumores se puede atribuir a cambios en el estilo de vida como son el incremento en la obesidad y en el consumo de cigarrillos, alcohol, carnes rojas y carnes procesadas, entre otros aspectos.⁽¹⁾ Esta paciente fue fumadora durante treinta años. Es de interés que tres familiares de primer grado padecieron adenocarcinoma gástrico. Sin embargo, no se identificó ninguna condición predisponente para el desarrollo de adenocarcinoma como síndromes de cáncer hereditario (síndrome de *Lynch*, poliposis adenomatosa familiar, síndrome de *Peutz-Jeghers*) o enfermedad de *Crohn*.^(5,9)

Las neoplasias constituyen una causa habitual de fiebre prolongada y dentro de ellas los linfomas malignos representan alrededor de la mitad de los casos.⁽¹⁰⁾ La presencia de fiebre durante varios meses fue un aspecto clínico que llevó a considerar esta hipótesis diagnóstica. La entero TC es una de las investigaciones de elección para el diagnóstico y estadiamiento de los tumores de intestino delgado.^(2,11) Imagenológicamente el adenocarcinoma de íleon se evidencia como un estrechamiento concéntrico de la luz con bordes irregulares y realce heterogéneo al contraste endovenoso, como ocurrió en este caso. Dentro de sus múltiples formas radiológicas los linfomas de intestino delgado pueden presentar un patrón de engrosamiento de la pared intestinal, pero tienden a ser más homogéneos y muestran menos realce con el contraste, a diferencia de otros tumores malignos. En ambas entidades nosológicas pueden encontrarse adenopatías satélites, pero en los linfomas usualmente son de tipo *bulky*, lo que no se comprobó en la paciente.^(7,12,13,14)

El pronóstico de supervivencia a los cinco años es menor de 30 %, con una media de supervivencia de 19 meses, lo que depende de múltiples factores como estadio de la enfermedad, presencia de infiltración tumoral en tres o más ganglios linfáticos resecaos, edad avanzada y tumor pobremente diferenciado, entre otros factores.^(2,15,16) La resección quirúrgica radical con adecuada disección de ganglios linfáticos constituye el tratamiento de elección en la enfermedad locoregional, es el hígado y la cavidad peritoneal los principales sitios de metástasis a distancia.^(2,16) En este caso no se evidenciaron metástasis a distancia y se manejó como una enfermedad locoregional.

Referencias bibliográficas

1. Barsouk A, Rawla P, Barsouk A, Thandra KC. Epidemiology of cancers of the small intestine: Trends, risk factors, and prevention. *Med Sci.* 2019;7(3):46. DOI: <https://doi.org/10.3390/medsci7030046>
2. Khosla D, Dey T, Madan R, Gupta R, Goyal S, Kumar N, *et al.* Small bowel adenocarcinoma: An overview. 2022;14(2):413-23. DOI: <https://doi.org/10.4251/wjgo.v14.i2.413>
3. Bouali M, Sylvestre K, Benghait H, Bakouri A El, Hattabi K El, Bensardi Z, *et al.* Small bowel adenocarcinoma a rare cause of upper gastrointestinal obstruction (a case report and literature review). *Int J Surg Case Rep.* 2022;91:106763. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.106763>
4. Pereira R, Tojal A, Gomes A, Casimiro C, Moreira S, Vieira F, *et al.* Adenocarcinoma of the jejunum: management of a rare small bowel neoplasm. *J Surg Case Reports.* 2021;4:1-3. DOI: <https://doi.org/10.1093/jscr/rjab124>
5. Zhang S, Yuan W, Zhang J, Chen Y, Zheng C, Jiang Q, *et al.* Clinicopathological features, surgical treatments, and survival outcomes of patients with small bowel adenocarcinoma. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(31):e7713. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000007713>
6. Gelsomino F, Balsano R, De Lorenzo S, Garajova I. Small bowel adenocarcinoma: From molecular insights to clinical management. *Curr Oncol.* 2022;29:1223-36. DOI: <https://doi.org/10.3390/curroncol29020104>
7. Anzidei M, Napoli A. Malignant tumours of the small intestine: a review of histopathology, multidetector CT and MRI aspects. *Br J Radiol.* 2011;84:677-90. DOI: <https://doi.org/10.1259/bjr/20673379>
8. Horner M, Ries L, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Howlader N, *et al.* SEER cancer statistics review, 1975- 2006, National Cancer Institute: Bethesda, MD. DOI: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/
9. Raghav K, Overman MJ. Small bowel adenocarcinomas—evolving paradigms and therapy options. *Nat Rev Clin Oncol.* 2013;10(9):534-44. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2013.132>
10. Kaya A, Ergul N, Kaya Y, Halit M, Besirli K, Ozaras R, *et al.* The management and the diagnosis of fever of unknown origin. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2013;11(8):805-15. DOI: <https://doi.org/10.1586/14787210.2013.814436>
11. Ilangovan R, Burling D, George A, A, Gupta A, Marshall M, Taylor S. CT enterography: review of technique and practical tips. *Br J Radiol.* 2012;85(1015):876-86. DOI: <https://doi.org/10.1259/bjr/27973476>
12. Liu S, Zhang C, Liu R, Li S, Xu F, Liu X, *et al.* CT texture analysis for preoperative identification of lymphoma from other types of primary small bowel malignancies. *BioMed Res Int.* 2021;2021:5519144. DOI: <https://doi.org/10.1155/2021/5519144>
13. Gore RM, Mehta UK, Berlin JW, Rao V, Newmark GM. Diagnosis and staging of small bowel tumours. *Cancer Imaging.* 2006;6:209-12. DOI: <https://doi.org/10.1102/1470-7330.2006.0031>

14. McLaughlin PD, Maher MM. Primary malignant diseases of the small intestine. *Am J Roentgenol.* 2013;201(1):W9-14. DOI: <https://doi.org/10.2214/AJR.12.8492>
15. Dabaja BS, Suki D, Pro B, Bonnen M, Ajani J. Adenocarcinoma of the small bowel: presentation, prognostic factors, and outcome of 217 patients. *Cancer.* 2004;101(3):518-26. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.20404>
16. Locher C, Batumona B, Afchain P, Carrère N, Samalin E, Cellier C, *et al.* Small bowel adenocarcinoma: French intergroup clinical practice guidelines for diagnosis, treatments and follow-up (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO). *Dig Liver Dis.* 2018;50(1):15-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dld.2017.09.123>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.