

# Infiltración maligna del duodeno: Aspecto endoscópico y estirpe histológica. Experiencia de 3 años en Hospital de Oncología de CMN Siglo XXI

Thalia Stephanie Gómez-García\*, Alberth Alfonso Mena-Contreras, Pilar Peniche Moguel, Alejandro Zarate-Guzmán, Nashiley Gil-Rojas

Servicio de Endoscopia, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Ciudad de México, México

**Palabras clave:** Tumor. Infiltración. Maligna. Duodenal.

**Key words:** Tumor. Infiltration. Malignant. Duodenal.

## Introducción

Los tumores de intestino delgado representan únicamente del 1 al 2% de las neoplasias gastrointestinales y el 0,30% de todos los tumores. El origen primario es muy raro, la mayoría de casos el origen es secundario hasta 3.4 veces más que los tumores primarios.

El adenocarcinoma es la neoplasia más frecuente del duodeno.

Dada la naturaleza líquida del contenido del intestino delgado estos tumores son asintomáticos por largos períodos de tiempo y se manifiestan con síntomas inespecíficos y vagos como dolor abdominal, obstrucción intestinal, hemorragia de tubo digestivo y anemia crónica. Asociado a su baja frecuencia la sospecha clínica es poca y por lo tanto al momento del diagnóstico se encuentran ya en un estadio avanzado y con un pronóstico sombrío.

## Objetivo

Describir cuales son las neoplasias que afectan al duodeno, su estirpe histológica y determinar sus características endoscópicas y clínicas.

## Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de 3 años y 6 meses (2016-2019) en el departamento de Endoscopia del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (HOCMN) en pacientes con datos endoscópicos de actividad tumoral en el duodeno.

La información obtenida se presentará en tablas, porcentajes y medidas de tendencia central.

## Criterios de inclusión

Se revisaron los estudios endoscópicos con reporte de actividad tumoral a nivel duodeno y que cuenten con biopsia. Se incluyeron también a aquellos que no tuvieron biopsia pero que se demostró la actividad tumoral con otro método diagnóstico.

## Criterios de exclusión

Pacientes con tumor gástrico distal, compresiones extrínsecas, pacientes sin expediente clínicos completos y sin reporte del resultado de histopatología.

### Autor de correspondencia:

\*Thalia Stephanie Gómez-García

E-mail: dra.thaliagoga@hotmail.com

Fecha de recepción: 02-08-2019

Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000083

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):175-177

www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

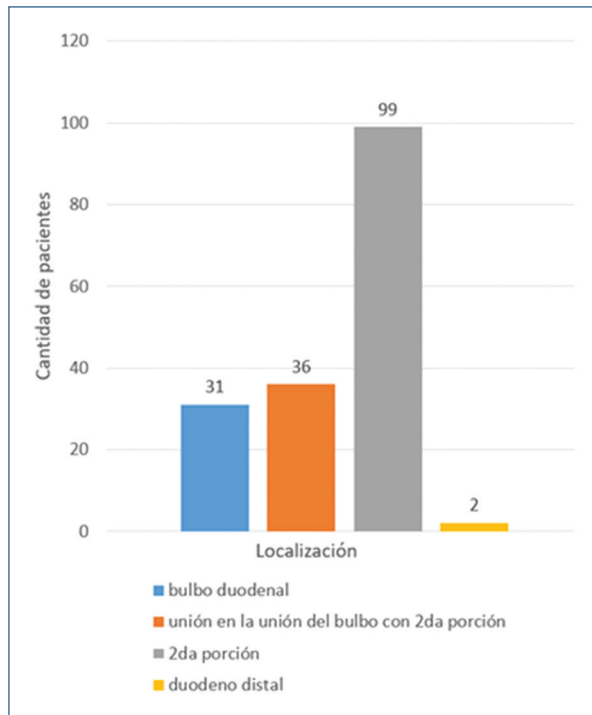


Figura 1.

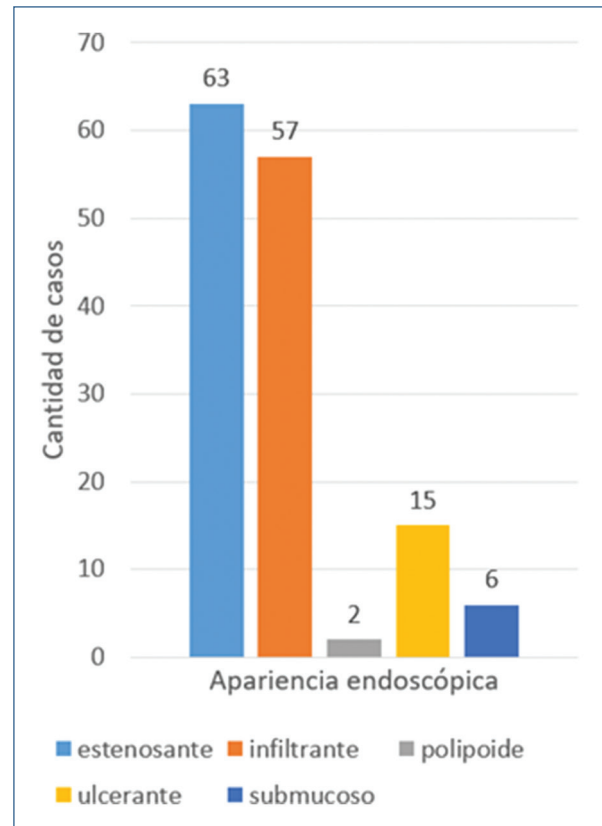


Figura 2.

## Resultados

Se revisaron 8106 estudios de panendoscopia, se incluyeron 168 estudios con reporte de infiltración tumoral a nivel de duodeno. La localización de los tumores de acuerdo al segmento del duodeno afectado son: Bulbo 31(18%), Unión del bulbo con la segunda porción 36 (21%), Segunda porción 99 (59%), Duodeno distal 2 (1%). Figura 1.

En cuanto a la apariencia endoscópica predominaron la forma estenosante 63 (37.5%) e infiltrante 57(33.9%), polipoide en 27 casos (16%), ulcerado en 15 (8.9%) y 6 con aspecto submucoso (3.5%). Figura 2.

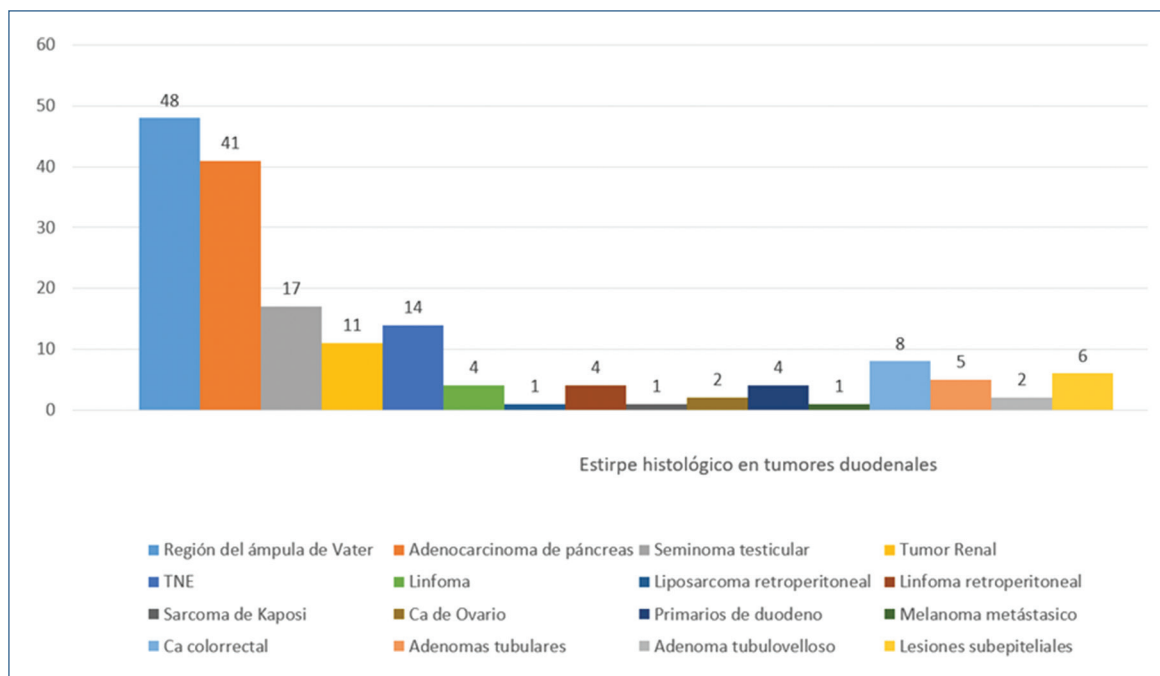
Respecto a la estirpe histológica 48 casos (28.5%) correspondieron a Ampuloma, 41 (24.4%) a infiltración secundaria por adenocarcinoma de páncreas, 17 (10.1%) por seminoma testicular, 14 (24.4%) por tumor neuroendocrino, 11 (6.5%) por tumor renal de células claras, 8 (4.7%) por adenocarcinoma colorectal, 5 (2.9%) por adenomas tubulares, 4 (2.3%) por linfoma, 4 (2.3%) por linfoma retroperitoneal, 4 (2.3%) por primarios de duodeno, 2 (1.18%) derivados de Cáncer de ovario, 2 (1.18%) como adenoma túbulovelloso, 1 (0.59%) por liposarcoma retroperitoneal, 1 (0.59%) caso de Sarcoma de Kaposi en paciente con VIH y 1 (0.59%) caso de melanoma

metastásico. De la lesiones encontradas 6 eran subepiteliales a las que no se les tomó biopsia pero se demostró la actividad tumoral con otro estudio de imagen. Figura 3.

El principal síntoma que obligó a la búsqueda endoscópica de actividad tumoral intestinal fue dolor abdominal en 62 casos, seguido de datos clínicos sugestivos de obstrucción como de vómito retencionista en 46 pacientes, 4 con síntomas de obstrucción intestinal, 24 por hemorragia digestiva alta, 31 por ictericia y uno por adenopatías supraclaviculares en búsqueda de origen primario.

En cuanto a las características demográficas, la media de edad es 57 años (20 a 88 años), 95 pacientes hombres (56%) y 71 mujeres (42%). 72 pacientes se reportaron con alguna enfermedad crónica degenerativa concomitante (Diabetes mellitus en 22, hipertensión arterial en 24 y 26 para ambas), 1 paciente con VIH y 4 en seguimiento por Poliposis adenomatosa familiar.

En cuanto a factores de riesgo carcinogénicos el consumo de alcohol es en 46, Tabaco en 41 y 44 para ambos.



**Figura 3.**

## Conclusión

La infiltración tumoral secundaria de la luz del duodeno es la causa más frecuente. El tumor primario es raro. El segmento con mayor afección es la segunda porción. El Ampuloma es el tumor más frecuente seguido por la infiltración secundaria por el cáncer de páncreas. También la infiltración tumoral por neoplasias más distantes como de testículo y de riñones son causas frecuentes.

## Discusión

Dado que los síntomas de presentación son vagos e inespecíficos se debe tener la agudeza clínica para solicitar en forma oportuna un estudio endoscópico y detectar en sus etapas iniciales la enfermedad para poder ofrecer un tratamiento oportuno y curativo, dado que los síntomas como dolor crónico, vómito retencionista, melena, anemia crónica indican una enfermedad avanzada y a veces incurable. Por lo que, en ocasiones la única medida paliativa de la

obstrucción es la colocación endoscópica de una endoprótesis enteral.

## Referencias

1. Yue Xue, Alessandro Vanoli<sup>2</sup>, Serdar Balci, Michelle M Reid, Burcu Saka, Pelin Bagci, et al. Non-ampullary–duodenal carcinomas: clinicopathologic analysis of 47 cases and comparison with ampullary and pancreatic adenocarcinomas. *Modern Pathology* (2016)00,1–12.
2. Sánchez-Ramón, V. Cerino-Palomino y H. Medina-Franco. Tumores de intestino delgado: experiencia en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. *Revista de Gastroenterología de México*. 2012;77(4):181-185.
3. Magdalena M. Gilg, MD, Hans-Peter Gröchenig, MD, Andrea Schlemmer, Andreas Eherer, MD, Christoph Högenauer, MD, Cord Langner, MD. Secondary tumors of the gastrointestinal tract: origin, histology, and endoscopic Findings. *Gastrointestinal Endoscopy*. July 2018.
4. Bilimoria K, Bentrem D, Wayne J, et al. Small bowel cancer in the United States: changes in epidemiology, treatment, and survival over the last 20 years. *Ann Surg*. 2009;249:63–7.
5. Valera J, Maiza E, Contreras M, et al. Tumores de intestino delgado: Experiencia de 11 años en un centro de referencia. *Gastr Latinoam*. 2004;3:180.
6. Haselkorn T, Whittemore AS, Lilienfeld D. Incidence of small bowel cancer in the United States and worldwide: geographic, temporal, and racial differences. *Cancer Causes Control*. 2005;16:781–7.
7. Hatzaras I, Palesty A, Abir F, et al. Small-bowel tumors epidemiologic and clinical characteristics of 1260 cases from the Connecticut tumor registry. *Arch Surg*. 2007;142:229–35.
8. Gore R, Mehta U, Berlin J, et al. Diagnosis and staging of small bowel tumours. *Cancer Imaging*. 2006;6:209–12.
9. Haselkorn T, Whittemore AS, Lilienfeld D. Incidence of small bowel cancer in the United States and worldwide: geographic, temporal, and racial differences. *Cancer Causes Control*. 2005;16:781–7.