



P-290 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ADENOCARCINOMA ILEAL

M.L. García García, J.G. Martín Lorenzo, J.A. García Marín, M.A. Verdú Fernández, M.A. Jiménez Ballester, M. Mengual Ballesta y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: El adenocarcinoma primario de intestino delgado es un tumor poco frecuente, representan menos 1% de todas las neoplasias del tracto digestivo. A causa de su baja frecuencia y de los síntomas inespecíficos que producen, los adenocarcinomas primarios de intestino delgado no inducen sospecha inicialmente, por lo que condiciona un retraso en el diagnóstico que conlleva un peor pronóstico para el paciente incluso llegando a ser la primera consulta en los servicios de urgencias. Describimos un caso que muestra la posibilidad de establecer entre los distintos diagnósticos diferenciales de obstrucción intestinal, la estenosis secundaria a un tumor ileal.

Caso clínico: Varón de 48 años que consulta en el servicio de urgencias por dolor abdominal difuso, asociado a náuseas y con disminución de ventoseo y defecación. Se realiza Rx de abdomen objetivando dilatación de asas de intestino delgado, por lo que se pide TC abdominal: dilatación de asas de delgado 2º a estenosis a nivel de íleon, que sugiera posible enfermedad inflamatoria o tumoración a ese nivel. Se ingresa en planta y se realiza enteroscopia con doble balón que objetiva tumoración ileal (probable GIST), del que se toman biopsias. Tras evolución favorable del cuadro suboclusivo se realiza cirugía programada una semana después; Laparotomía exploradora, resección del segmento ileal. Resto de exploración sin hallazgos. Es dado de alta sin incidencias. El resultado de la anatomía patológica es de adenocarcinoma ileal moderadamente diferenciado.

Discusión: El adenocarcinoma del intestino delgado es una entidad poco frecuente y, a menudo presenta en un estadio avanzado debido a la falta de sintomatología específica. Rara vez se cuenta en el diagnóstico diferencial de comunes presentaciones gastrointestinales como los cuadros obstructivos, y así un alto índice de sospecha es necesaria para evitar largos retardos diagnósticos y terapéuticos. En nuestro paciente el cuadro suboclusivo fue tratado de forma conservadora pudiendo realizar las oportunas pruebas diagnósticas y no dilatar la cirugía electiva. Los avances endoscópicos y radiológicos permiten el diagnóstico en lesiones de intestino delgado con sospecha de malignidad. En la actualidad, la resección quirúrgica agresiva proporciona las mejores posibilidades de curación. La localización en íleon es un factor de buen pronóstico. Los estadios avanzados, las metástasis ganglionares, los casos no reseccionados y la infiltración del retroperitoneo tienden a asociarse a peor pronóstico, en estos casos el uso de quimioterapia adyuvante aunque no está bien definido, parece que hay un beneficio en la supervivencia.