



P-152 - NEOPLASIA MALIGNA DE DUODENO ¿CUÁL ES EL MANEJO ÓPTIMO CUANDO HAY METÁSTASIS?

Díaz Pérez, David; Moreno Bargeiras, Alejandro; Vieiro Medina, Victoria; Domínguez Sánchez, Iván; de la Fuente Bartolomé, Marta; Pastor Altaba, Daniel; Rodríguez Cuéllar, Elías; de la Cruz Vigo, Felipe

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El adenocarcinoma de intestino delgado (AID) es una neoplasia rara. Una de sus localizaciones es en duodeno (AD), pudiendo producir obstrucción intestinal alta. Con clínica inespecífica y diagnóstico tardío, debido a su localización y relaciones anatómicas, suele diagnosticarse cuando es localmente avanzado o metastásico. Su baja prevalencia hace que no existan guías clínicas o tratamientos estandarizados. Se presenta el caso de una paciente con AD metastásico y su manejo.

Caso clínico: Mujer de 85 años, hipertensa, tiroidectomizada por bocio y colecistectomizada que acude a Urgencias por cuadro de deterioro generalizado, intolerancia relativa digestiva y diarrea. Presenta dolor epigástrico y en radiografía de abdomen se observa dilatación gástrica con nivel hidroaéreo. Analíticamente destaca anemia microcítica e hipocrómica de 7.5 g/dl de hemoglobina,. Tras colocación de sonda nasogástrica aparece contenido bilioso y mejora la clínica. Ingresa para estudio; En TC abdominal se encuentra engrosamiento duodenal próximo al ángulo de Treitz, lesiones focales hepáticas y adenopatías en raíz de mesenterio. Se realiza gastroscopia que halla masa excrecente en cuarta porción duodenal con biopsia de AID. Se programa intervención quirúrgica. Laparotomía exploradora. Se objetiva neoplasia estenosante en cuarta porción duodenal con dilatación retrógrada y nódulos hepáticos, el mayor de 3 cm en segmento II. Se realiza maniobra de Cattell-Braasch y Kocher amplio. Se practica resección de 20 cm desde tercera porción duodenal hasta yeyuno con anastomosis duodenoeyunal y resección atípica de segmento II hepático. La anatomía patológica revela una neoplasia de 3,5 cm de AD, moderadamente diferenciado, con infiltración mural total y con afectación ganglionar. La histología del nódulo hepático es congruente con el diagnóstico anterior, estadificando el tumor como pT3N1M1. La paciente presentó fiebre en el postoperatorio en relación con catéteres vasculares, con buena evolución. Se desestimó para quimioterapia adyuvante.

Discusión: El AID constituye el 1-2% de los tumores gastrointestinales. Menos del 50% se localiza en duodeno y aproximadamente entre el 7-25% asientan en cuarta porción. Se diagnostica tardíamente permitiendo crecimiento local agresivo y/o metastatizar a ganglios o hígado. El tratamiento se determina por la localización y estadio. En primera y segunda porciones, la cirugía apropiada es duodenopancreatectomía, en cambio en tercera y cuarta es válida una duodenectomía. Falta evidencia en cuanto a la normalización de esquemas de quimioterapia. El tratamiento paliativo

incluye ablación endoscópica o colocación de prótesis autoexpandibles, aunque son técnicamente difíciles y frecuentemente presentan complicaciones como perforación o migración. El acceso a la cuarta porción se realiza por enteroscopia. En este caso, se consultó con endoscopistas del hospital con experiencia que ratificaron lo descrito. El objetivo de la cirugía paliativa es preservar el tránsito enteral y biliar y aliviar el dolor. Cuando la neoplasia es resecable, la duodenectomía es preferible a una gastroyeyunostomía por mejor vaciado gástrico y por evitar las complicaciones del crecimiento local (infiltración de vasos mesentéricos, plexos, páncreas). Los resultados de las endoprótesis en cuarta porción duodenal son poco satisfactorios por lo que la laparotomía exploradora con derivación biliodigestiva, preferiblemente duodenectomía, es la mejor opción con la evidencia disponible.