



P-322 - DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS EN ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE INTESTINO DELGADO CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL INTERMITENTE

Paduraru, Mihai; Alhambra Rodríguez de Guzmán, Cristina; Moreno Sanz, Carlos; García Sánchez, Ángel; Beteta Goritti, Alberto; Barbar, Abdul Razak

Hospital General de Tomelloso, Tomelloso.

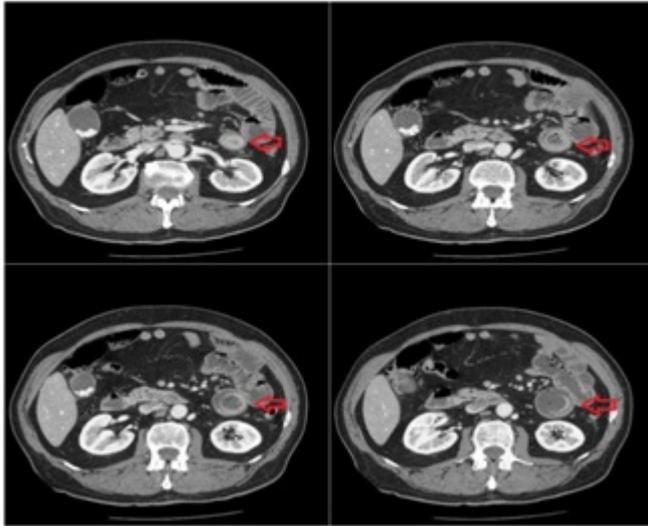
Resumen

Introducción: El adenocarcinoma de intestino delgado es uno de los tumores pocos frecuentes del tubo digestivo, con una incidencia de solo 2,1/100.000 habitantes al año, levemente más frecuente en hombre y con el máximo de frecuencia en la sexta década de vida, siendo responsable de 0,4 muertes/100.000 habitantes al año, con un porcentaje general de supervivencia a los 5 años es de 65,2%.

Objetivos: Presentar las dificultades diagnósticas en un caso de tumor primario de intestino delgado con un debut inespécífico y una evolución oscilante. Hemos recogido los datos clínicos desde su primer ingreso en el hospital, las pruebas de imagen y endoscópicas, de un caso operado en nuestro servicio, particular por su dificultad diagnóstica y evolución con obstrucción intestinal intermitente.

Caso clínico: Paciente varón de 67 años, sin antecedentes de interés, con clínica de dolor tipo cólico localizado en mesogastro, sin alteraciones de tránsito, sin vómitos. La radiografía abdominal sugería mínima distensión de solo un asa de intestino delgado centro-abdominal. Presentaba una hernia inguinal derecha, aparentemente no complicada. Analítica normal. Se trató sintomático y se observó el paciente. Tras mejorar de su clínica y normalización de la radiografía de control, se investigó de forma ambulatoria, practicándose TAC abdominal, gastroscopia, colonoscopia, en pocos días, con varios hallazgos: colelitiasis, diverticulosis sigmoidea, hernia hiatal de pequeño tamaño. Los cólicos se repetían cada pocos días tras ingesta de alimentos y mejoraban pocas horas en reposo digestivo. Durante uno de los episodios y por sospecha de angina abdominal, se solicitó urgente angio-TAC que informó sobre un engrosamiento de un asa de intestino delgado y con imagen de invaginación en ese momento, sin obstrucción completa. Se decidió intervención quirúrgica que reveló una formación tumoral intraluminal de intestino delgado a unos 80 cm del ángulo de Treitz, con distensión próxima consecuyente y con adenopatías en meso; se realizó resección intestinal con anastomosis mecánica latero-lateral. Evolución postoperatoria sin incidentes. El diagnóstico anatomopatológico fue de adenocarcinoma enteroide bien diferenciado, que infiltraba todo el espesor de la pared alcanzando meso, sin perforar peritoneo visceral, con márgenes quirúrgicos (proximal, distal y radial) libres, sin invasión vascular, ni perineural y metástasis en 2 ganglios linfáticos. El paciente, valorado por Servicio de Oncología, recibió tratamiento quimioterápico con Xelox. Según la literatura, en el momento del diagnóstico la enfermedad oncológica está: localizada

en 31% de los casos (limitada a la pared intestinal) con supervivencia a los 5 años de 82,9%, es regional en 35% de los casos con afectación de ganglios linfáticos con supervivencia a los 5 años de 70,6, con diseminación a distancia en 27% (enfermedad metastásica) indeterminada en 7% de los casos.



Discusión: La dinámica del caso nos subraya otra vez la importancia de pensar en todas las opciones, incluyendo las menos frecuentes, el valor de la clínica, de no confiar siempre en el diagnóstico por pruebas de imagen, que pueden no solo no identificar la causa real, pero además ofrecernos falsas pistas diagnósticas.