



## P-153 - PAPEL DE LA DUODENECTOMÍA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS TUMORACIONES DUODENALES

Díaz Padillo, Alba; Olona, Carles; Franco, Mario; Padilla, Erlinda; Zerpa, Carla; Llàcer, Erik; Abellán, Miriam; Jorba, Rosa

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

### Resumen

**Introducción:** Los tumores de intestino delgado son infrecuentes, representando alrededor del 5% de todas las neoplasias del tracto gastrointestinal, y casi un tercio de los mismos se localizan en el duodeno. La prevalencia de neoplasias de intestino delgado en autopsias es mucho más frecuente de lo que se reporta en intervenciones quirúrgicas. Con el advenimiento de la tomografía abdominal se diagnostican muchas más lesiones incidentales. El diagnóstico diferencial debe plantearse entre tumores benignos como leiomiomas, adenomas o hamartomas; y malignos como adenocarcinoma, tumores del estroma gastrointestinal (GIST), carcinoides, linfomas, etc. El tratamiento quirúrgico de los tumores duodenales con bajo potencial de malignidad (GIST, tumores neuroendocrinos de bajo grado...) se puede llevar a cabo mediante la resección local, la duodenectomía segmentaria o la duodenopancreatectomía cefálica, siempre que los márgenes estén libres de enfermedad. Presentamos el caso de un paciente con hallazgo incidental de una lesión submucosa duodenal sospechosa de GIST.

**Caso clínico:** Paciente de 74 años, que a raíz de estudio por hematuria, el TC evidencia una lesión exofítica (25 × 20 mm) dependiente de la pared anterior de la tercera porción duodenal o bien extraduodenal, sugestiva de GIST como primera opción. Por ecoendoscopia no se identifica ninguna imagen sugestiva de tumoración subepitelial y el tránsito intestinal no muestra anomalías significativas. Se valora en comité multidisciplinar y se decide cirugía electiva con diagnóstico presuntivo de GIST en tercera porción duodenal. En la cirugía, se localiza una adenopatía de 2 cm adyacente al meso uncinado del páncreas que se reseca, con biopsia peroperatoria: infiltración por tumor neuroendocrino. Asimismo, se palpa tumoración de 1 cm a nivel de la segunda porción duodenal. Se realiza resección local de tumor submucoso con biopsia peroperatoria que informa de tumor neuroendocrino con márgenes de resección afectos; se amplía el margen que continúa afecto por lo que se practica duodenectomía segmentaria y anastomosis término-terminal manual, siendo los márgenes de resección libres de tumor. El estudio anatómico-patológico definitivo informa de tumor neuroendocrino de 1,1 cm grado 1. (pT3N1). Infiltración de vasos linfáticos y sanguíneos. Márgenes de resección libres. Seguimiento posterior con TC abdominal y Octreoscan dentro de la normalidad.

**Discusión:** Los tumores duodenales de bajo grado de malignidad generalmente se pueden tratar con resección local y márgenes libres. La biopsia intraoperatoria nos marcará la extensión de la

resección, y si es necesario realizar una cirugía más amplia asociada a linfadenectomía. Aunque la duodenoscopia, TC y ecografía endoscópica se deben llevar a cabo para evaluar el tamaño del tumor, el nivel de invasión de la pared, y la presencia de metástasis linfáticas regionales o distantes, el diagnóstico intraoperatorio, mediante el estudio de la pieza por un patólogo experimentado es lo más importante a la hora de decidir el tratamiento quirúrgico más adecuado.