

El diagnóstico diferencial se establece con liposarcoma bien diferenciado, fibrosis retroperitoneal idiopática, tumor desmoide, carcinoide, tuberculosis, mesotelioma peritoneal, amiloidosis, enfermedad de Whipple, colitis isquémica (como en nuestro caso) o linfoma. En algunos pacientes, la mesenteritis coexiste con un linfoma durante el seguimiento.

Para algunos, las formas asintomáticas no deberían tratarse, y solo las formas complicadas o invalidantes deberían recibir tratamiento. Para otros, el tratamiento debería prevenir la progresión de la enfermedad. Se han ensayado pautas con inmunosupresores (ciclofosfamida, colchicina, azatioprina), corticoides, tamoxifeno, progesterona e incluso radioterapia.

La cirugía debería reservarse para el fallo del tratamiento médico o cuando aparecen complicaciones (obstrucción intestinal, perforación). Consiste en derivaciones internas o externas, y resecciones segmentarias (principalmente si afecta al mesocolon). La resección completa de la masa es habitualmente imposible y se considera carente de beneficio.

Bibliografía

- Ghanem N, Pache G, Bley T, Kotter E, Langer M. MR findings in a rare case of sclerosing mesenteritis of the mesocolon. *J Magn Reson Imaging*. 2005;21:632-6.
- Oomori S. Education and imaging. Gastrointestinal mesenteric panniculitis of the transverse colon. *J Gastroenterol Hepatol*. 2007;22:596.
- Edwards MA, Smith M, Parker W, Gu K. Mesenteric lipodystrophy of the left colon. *Am Surg*. 2007;73:1242-4.
- Delgado Plasencia L. Panniculitis mesentérica: experiencia en nuestro centro. *Rev Esp Enferm Dig*. 2007;99:291-7.
- Popkharitov AI, Chomov GN. Mesenteric panniculitis of the sigmoid colon: A case report and review of the literature. *J Med Case Reports*. 2007;1:108.
- Kishimoto K, Hokama A, Irei S, Aoyama H, Tomiyama R, Hirata T, et al. Chronic diarrhoea with thickening of the colonic wall. *Gut*. 2007;56:114.
- Ookura R, Masuko H, Ishizu H, Nishioka H, Kurokawa S, Murokawa S, et al. Inferior mesenteric venous thrombosis that required operations: Report of two cases. *Hepatogastroenterology*. 2009;56:687-91.
- Daghfous A, Bedioui H, Baraket O, Kallel L, Ayadi S, Jouini M, et al. Mesenteric panniculitis simulating malignancy. *Tunis Med*. 2010;88:950-3.
- Psarras K, Symeonidis N, Pavlidis ET, Pavlidis TE, Pantzaki A, Marakis GN, et al. Retractable mesenteritis appearing as a sigmoid colon tumor. *Tech Coloproctol*. 2010;14 Suppl 1:S69-70.
- Lee KJ, Ehrenpreis ED, Greenberg J, Yang GY, Horowitz J. Mesenteric panniculitis following colonoscopy, polypectomy, and epinephrine injection. *Endoscopy*. 2010;42 Suppl 2:S44-5.

Silvia Carbonell^a, Paola Melgar^{a,*}, Artemio Payá^b, Isolina Vilas^c, Rodrigo Jover^d, Manuel Romero^a y Félix Lluís^a

^a Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^c Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^d Servicio de Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paomelgar@hotmail.com (P. Melgar).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.06.010>

Adenocarcinoma de bulbo duodenal, un diagnóstico poco sospechado



Bulbar duodenal adenocarcinoma. An unsuspected diagnosis

El adenocarcinoma duodenal (AD) es un raro tumor maligno que representa sólo el 0,3-0,4% de los tumores gastrointestinales¹. La ausencia de síntomas y hallazgos analíticos específicos conlleva con frecuencia a un retraso en su diagnóstico. Además su baja frecuencia hace que sean muy pocos los casos publicados, no permitiendo establecer patrones clínicos, radiológicos o endoscópicos típicos que puedan facilitar su abordaje.

Presentamos el caso de una mujer de 79 años que fue ingresada en nuestro servicio por un cuadro de dolor abdominal y melenas diagnosticándose una úlcera piloro-bulbar Forrest III, tomándose biopsias de la vertiente gástrica de la misma, que se informaron como gastritis crónica y metaplasia intestinal. Tres meses más tarde acudió a revisión en consultas externas refiriendo persistencia del dolor

abdominal a pesar del tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. Además presentaba marcada hiporexia, astenia y pérdida ponderal, negando datos sugerentes de exteriorización de sangrado digestivo. Ante la persistencia de síntomas ulcerosos se decidió realizar una nueva endoscopia oral en la que se visualizó una gran úlcera en el bulbo duodenal Forrest IIc. Se solicitó una ecografía abdominal observándose a nivel de bulbo y segunda porción duodenal una imagen de asa fija con engrosamiento de la pared duodenal, con efecto masa y un área hipoecoica y redondeada en el istmo pancreático de 11 mm que sugería la presencia de una adenopatía a ese nivel (fig. 1). Los hallazgos ecográficos, junto con la sintomatología referida fueron altamente sospechosos de malignidad, por ello se decidió realizar una ecoendoscopia para valorar la pared intestinal en todo su espesor y llevar a cabo la toma de biopsias. En la ecoendoscopia se apreció un engrosamiento de todo el espesor de la pared del bulbo duodenal irregular y circunferencial, altamente sugerente de neoplasia duodenal (fig. 2). Análiticamente la paciente presentaba un valor de hemoglobina de 7,0g/dL con VCM 87, 1fl y los marcadores tumorales (CEA y CA 19-9) normales. La biopsia de la muestra obtenida mediante punción guiada por ecoendoscopia fue informada



Figura 1 Ecografía abdominal en modo B. Corte transversal a nivel de la encrucijada duodeno-bilio-pancreática. En el centro de la imagen podemos ver un corte transversal de la primera porción duodenal, apreciándose un engrosamiento asimétrico de la pared con un efecto masa y un área hiperecoica central que corresponde con un adenocarcinoma duodenal ulcerado.

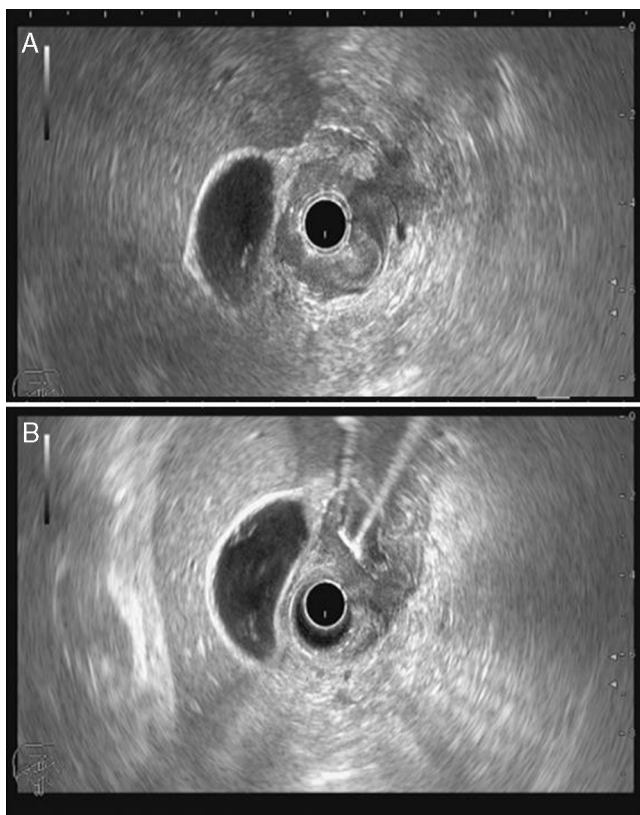


Figura 2 Ecoendoscopia alta. A nivel del bulbo duodenal se aprecia un engrosamiento irregular de todo el espesor de la pared duodenal con un efecto masa y pérdida del patrón en capas normal (A). Se visualiza la aguja de punción llevando a cabo la toma de muestras de la lesión (B).

como adenocarcinoma duodenal pobremente diferenciado. En el estudio de extensión realizado mediante tomografía computarizada helicoidal se confirmó la presencia de enfermedad a distancia por lo que se decidió iniciar tratamiento quimioterápico con intención paliativa.

Las neoplasias de intestino delgado constituyen una pequeña proporción de todas las neoplasias digestivas, siendo aproximadamente 2 tercios de ellas de estirpe maligna². Son más frecuentes en varones de más de 60 años. La neoplasia intestinal maligna más frecuente es el adenocarcinoma, siendo hasta en el 55% de los casos de localización duodenal². En comparación con la frecuencia de adenocarcinomas a nivel gástrico o colónico, los AD son muy raros, surgiendo diferentes hipótesis para justificar este hecho, tales como la menor presencia de bacterias, un mayor pH que impide la formación de nitrosaminas y otros carcinógenos, el tránsito rápido o la existencia de mayores concentraciones de IgA y linfocitos T en la mucosa que le confiere vigilancia inmunitaria, entre otros³. Se han descrito factores de riesgo independientes como síndromes polipósicos hereditarios, esprúe celiaco, síndrome de Lynch, síndrome de Peutz-Jeghers¹ y la enfermedad de Crohn⁴. El hecho de que la mayoría de los AD aparezcan sobre un adenoma previo tal y como ocurre en el colon confirma la existencia de una progresión a través de la secuencia adenoma-adenocarcinoma. La localización más frecuente del AD es en la segunda porción duodenal, siendo excepcional en el bulbo¹ y encontrándose en aproximadamente el 45-50% de casos en la tercera y cuarta porción duodenal⁵.

Los síntomas del AD suelen ser inespecíficos, siendo la tríada de pérdida de peso, hiporexia y vómitos los más frecuentes, detectando ictericia en aquellos de localización periampular. El dolor abdominal suele ser un síntoma frecuente, sobre todo en aquellos AD que se sitúan en la tercera y cuarta porción duodenal y que provocan cuadros obstructivos⁵. La hemorragia digestiva y la anemia son otras de las manifestaciones frecuentes del AD. Finalmente, se han descrito únicamente 2 casos en la literatura en los que los síntomas ulcerosos con úlcera duodenal fueron la manifestación inicial de un AD^{6,7}. La presencia de ascitis se corresponde con fases avanzadas de la enfermedad. La exploración física es poco rentable para la detección de datos de alarma, siendo el hallazgo más frecuente la masa abdominal palpable.

Análiticamente los AD se caracterizan por presentar poca expresividad². En los pacientes con hemorragia digestiva como síntoma principal se detectarán niveles bajos de hemoglobina y ferropenia. El único marcador tumoral que se ha evaluado de manera sistemática en pacientes con tumores de intestino delgado es el antígeno carcinoembrionario sérico (CEA), que en ausencia de metástasis hepáticas, suele ser normal. En aquellos pacientes con compromiso periampular o de la vía biliar puede comprobarse elevación de los parámetros analíticos de colestasis.

La radiología simple de abdomen puede aportar datos indirectos como la dilatación de asas de duodeno, o incluso un nivel hidroaéreo gástrico en aquellas lesiones estenosantes. Sin embargo, la utilización de contrastes de bario puede aportar más información⁸. La tomografía computarizada ha demostrado ser útil para el diagnóstico y estudio de extensión de estas neoplasias, pese a que muchas lesiones intraluminales o mucosas pueden pasar desapercibidas.

La ecografía abdominal en ocasiones ayuda al diagnóstico comprobando la presencia del signo del asa duodenal fija, un engrosamiento irregular de la pared duodenal y el efecto masa, así como para detectar adenopatías perilesionales.

La endoscopia digestiva alta es la técnica de elección para el diagnóstico. A la hora de explorar el duodeno disponemos de endoscopios con visión frontal y otros con visión lateral, que permiten una mejor visualización de toda la superficie duodenal. El aspecto endoscópico en ocasiones no difiere mucho del de una úlcera péptica, por lo que no es infrecuente que ante lesiones compatibles con AD no se tomen biopsias⁶. Con el avance técnico endoscópico con imagen magnificada con banda estrecha y la universalización de nuevos procedimientos como la cromoendoscopia, probablemente aumentará la rentabilidad diagnóstica de esta prueba, al detectar lesiones con patrón mucoso oscuro y con presencia de microvasos irregulares que son muy sugestivas de malignidad y a las que debe dirigirse la toma de biopsias⁹.

El uso de la ecoendoscopia ante la sospecha de AD permite valorar el espesor de la pared intestinal, su arquitectura y las estructuras vecinas, siendo además muy eficaz para la toma dirigida de biopsias. La ecoendoscopia ayuda a planificar adecuadamente el tratamiento sobre todo en los tumores localizados que son candidatos a ser tratados mediante técnicas endoscópicas.

El AD presenta una supervivencia inferior al 30% en 5 años, siendo de pronóstico infausto en aquellos pacientes en los que se retrasa el diagnóstico. Según las últimas publicaciones, el número de ganglios linfáticos afectados también parece tener un valor pronóstico¹⁰.

El tratamiento del AD en fase localizada debe ser quirúrgico, siendo esta opción la única curativa. En los AD de primera y segunda porción duodenal la pancreaticoduodenectomía puede parecer la técnica de elección por ser más agresiva, sin embargo, hay gran controversia sobre si realmente una simple segmentectomía y linfadenectomía puede ser suficiente, con la menor morbimortalidad postoperatoria que esta conlleva. En la tercera y cuarta porción duodenal se debe realizar segmentectomía duodenal¹. Tampoco existe consenso sobre si se deben llevar a cabo técnicas de preservación pilórica¹. En los tumores irreseccables puede realizarse cirugía derivativa para paliar la sintomatología obstructiva. Los tumores que se diagnostican en fases muy tempranas sin extensión local avanzada o a distancia pueden ser susceptibles de tratamiento endoscópico mediante resección mucosa. El uso de quimioterapia y radioterapia como tratamiento complementario a la cirugía o como único tratamiento paliativo es aún controvertido, debiéndose individualizar en cada caso.

En resumen, el AD es un tumor digestivo raro cuya presentación clínica es muy variada y fácilmente confundible con otras enfermedades benignas como la úlcera péptica. El diagnóstico precoz de esta neoplasia es fundamental para su pronóstico, por ello, ante la sospecha de malignidad se deben llevar a cabo técnicas diagnósticas que cada vez son más precisas como la endoscopia de alta resolución y la ecoendoscopia. La ecografía abdominal puede ser una

herramienta útil para detectar datos de alarma que orienten el diagnóstico de forma eficaz. La cirugía sigue siendo el único tratamiento curativo, no obstante es posible que en lesiones localizadas y en fases muy tempranas se pueda llevar a cabo una resección mucosa endoscópica con buenos resultados. Finalmente, debemos destacar que aunque la mayor parte de las úlceras duodenales son benignas, existe un pequeño porcentaje que no lo son, hecho que nos debe hacer mantener siempre una actitud vigilante con estos pacientes.

Bibliografía

1. Ramia JM, Villar J, Villar J, Palomeque A, Muffak K, Mansilla A, et al. Duodenal adenocarcinoma. *Cir Esp*. 2005;77:208–12.
2. North JH, Pack MS. Malignant tumors of the small intestine: A review of 144 cases. *Am Surg*. 2000;66:46–51.
3. Kim SH, Roth KA, Moser AR, Gordon JI. Transgenic mouse models that explore the multistep hypothesis of intestinal neoplasia. *J Cell Biol*. 1993;123:877–93.
4. Lewis JD, Deren JJ, Lichtenstein GR. Cancer risk in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am*. 1999;28:459–77.
5. Tocchi A, Mazzoni G, Puma F, Miccini M, Cassini D, Bettelli E, et al. Adenocarcinoma of the third and fourth portions of the duodenum: Results of surgical treatment. *Arch Surg*. 2003;138:80–5.
6. Domínguez Alcón L, Pita Fernández L. Really does not exist malignant duodenal ulcer? *Rev Esp Enferm Dig*. 2011;103:47–8.
7. Sahoo MR, Gowda MS. Duodenal adenocarcinoma masked by acute cholecystitis and peptic ulcer disease. *BMJ Case Rep*. 2013.
8. Van Ree K, Thurley P, Singh R, Hurst N, Clark D. The imaging features of small bowel tumours. *J Gastrointest Cancer*. 2012;43:405–12.
9. Yoshimura N, Goda K, Tajiri H, Ikegami M, Nakayoshi T, Kaise M. Endoscopic features of nonampullary duodenal tumors with narrow-band imaging. *Hepatogastroenterology*. 2010;57:462–7.
10. Liang TJ, Wang BW, Lui SI, Chou NH, Tsai CC, Chen IS, et al. Number of involved lymph nodes is important in the prediction of prognosis for primary duodenal adenocarcinoma. *J Chin Med Assoc*. 2012;75:573–80.

Luis Téllez-Villajos*, Elena Garrido-Gómez, Carlos Martín-De-Argila, Luis Gil-Grande, Eduardo Tavío-Hernández y Agustín Albillos-Martínez

Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luistevilla@gmail.com

(L. Téllez-Villajos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.09.002>