



Caso clínico

Tumor neuroendocrino primario de intestino delgado como causa de sangrado digestivo oscuro: reporte de caso

Primary neuroendocrine tumor of the small intestine as a cause of obscure gastrointestinal bleeding: case report

Alejandro Ocampo-Murguía,^{*,‡} Alejandro Cruz-Zárate,^{*,§} Jorge Armando Ramírez-López,^{*,¶} Luis David González-Muñoz^{*,||}

* Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos (PEMEX), México.

ORCID:

‡ 0000-0002-4094-3172

§ 0000-0002-5747-9281

¶ 0009-0004-0592-5050

|| 0009-0003-0075-3504

RESUMEN

Introducción: los tumores neuroendocrinos son neoplasias raras y heterogéneas originadas en células enterocromafines; constituyen la principal causa de malignidad del intestino delgado. Suelen diagnosticarse en etapas avanzadas, con metástasis presentes al momento del diagnóstico en aproximadamente el 30% de los casos. **Caso clínico:** paciente femenino de 70 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, quien presentó sangrado de tubo digestivo recurrente. En los estudios endoscópicos iniciales no fue posible determinar el origen del sangrado, por lo que se realizó una angiotomografía abdominal, la cual evidenció un tumor intestinal con fibrosis del mesenterio circundante. Se efectuó una resección intestinal laparoscópica, con resultado histopatológico compatible con tumor neuroendocrino grado 2. **Conclusiones:** el manejo quirúrgico constituye el pilar fundamental del tratamiento, cuyo objetivo es lograr una resección completa (R0). Durante el procedimiento quirúrgico, resulta esencial la palpación bimanual secuencial del intestino delgado, desde el ángulo de Treitz hasta la válvula ileocecal, con el fin de descartar la afectación en otros segmentos.

Palabras clave: neoplasias neuroendocrinas, neoplasias intestinales, hemorragia gastrointestinal, endoscopia gastrointestinal, laparoscopia.

ABSTRACT

Introduction: neuroendocrine tumors are rare and heterogeneous neoplasms arising from enterochromaffin cells and are the leading cause of malignancy in the small intestine. They are often diagnosed at advanced stages, with metastasis present in 30% of cases at diagnosis. **Clinical case:** a 70-year-old female with a history of type II diabetes mellitus and hypertension presents with recurrent gastrointestinal bleeding. Initial endoscopic studies failed to determine the source of the bleeding, leading to abdominal angiography, which revealed an intestinal tumor and surrounding mesenteric fibrosis. A laparoscopic intestinal resection was performed, yielding a histopathological result of grade 2 neuroendocrine tumor. **Conclusions:** surgical management is the most critical aspect of treatment, aiming for complete resection (R0). During the procedure, sequential bimanual palpation of the small intestine from the Treitz angle to the ileocecal valve is essential to rule out lesions in other sites.

Keywords: neuroendocrine neoplasms, intestinal neoplasms, gastrointestinal haemorrhage, endoscopy gastrointestinal, laparoscopy.

Recibido: 09/06/2025. Aceptado: 30/01/2026.

Correspondencia: Alejandro Ocampo-Murguía

E-mail: ocampo.murguia@gmail.com

Citar como: Ocampo-Murguía A, Cruz-Zárate A, Ramírez-López JA, González-Muñoz LD. Tumor neuroendocrino primario de intestino delgado como causa de sangrado digestivo oscuro: reporte de caso. Rev Mex Cir Endoscop. 2026; 27 (1-2): 50-53. <https://dx.doi.org/10.35366/122996>



INTRODUCCIÓN

Los tumores neuroendocrinos representan un grupo raro y heterogéneo de neoplasias originadas en células enterocromafines; constituyen la principal causa de malignidad del intestino delgado, incluso por encima del adenocarcinoma. En Estados Unidos, la incidencia estimada es de 12 casos por cada 100,000 personas, afectando con mayor frecuencia al sexo masculino y con una edad media de presentación de 60 años.¹ Se clasifican en tumores neuroendocrinos y carcinomas neuroendocrinos, según su índice de proliferación y grado de diferenciación.

El íleon es el principal sitio de localización, encontrándose hasta en el 72% de los casos, a menos de 100 cm de la válvula ileocecal.² Se caracterizan por un crecimiento lento e indolente, cursando con manifestaciones clínicas inespecíficas como dolor abdominal crónico, síntomas obstructivos intermitentes u obstrucción ureteral.

Debido a la heterogeneidad e inespecificidad de las manifestaciones clínicas, suelen diagnosticarse en estadios avanzados; hasta el 30% de los pacientes presentan metástasis a distancia al momento del diagnóstico.³ Según la diferenciación tumoral y el estadio de la enfermedad, se estima una supervivencia media de entre 30 y 170 meses.⁴

La cirugía juega un papel fundamental en el manejo de los tumores neuroendocrinos del intestino delgado, ya que permite establecer el diagnóstico, prevenir la obstrucción mecánica y mejorar los síntomas relacionados con la producción hormonal. Por ello, la resección quirúrgica del tumor primario, de los nódulos afectados y de las masas mesentéricas se considera el tratamiento inicial más importante para este tipo de tumores,² pues puede reducir la carga metastásica y mejorar la supervivencia. Este caso se presenta con el propósito de destacar la importancia del diagnóstico oportuno y el abordaje quirúrgico integral en este tipo de neoplasias poco frecuentes.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 70 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, diverticulosis colónica, gastropatía erosiva y trastorno de ansiedad generalizada.

Acude a valoración en urgencias tras presentar evacuaciones de características melénicas. Ingres a hospitalización el 03/09/2024 con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo bajo. El 04/09/2024 se realiza colonoscopia temprana, encontrándose enfermedad diverticular de colon descendente y sigmoides, con escasos restos hemáticos en colon descendente. Asimismo, se realiza panendoscopia

el mismo día, sin evidencia de sangrado activo o reciente, siguiendo las recomendaciones de guías internacionales.⁵

Al interrogatorio dirigido, refiere haber presentado previamente eventos similares, por lo que como parte del abordaje diagnóstico se solicitó una angiotomografía de abdomen el 05/09/2024, en la que se identifican imágenes lobuladas que realzan con el contraste, con áreas sin realce compatibles con necrosis y algunas con calcificaciones en su interior. La impresión diagnóstica fue de adenopatías intraabdominales.

Ante los hallazgos tomográficos (*Figuras 1A y B*), se propone laparoscopia diagnóstica, realizada el 10/09/2024, encontrando una lesión estenosante e infiltrante del intestino delgado (*Figura 2*), localizada a 330 cm de la válvula ileocecal y a 530 cm del ángulo de Treitz, así como un conglomerado ganglionar mesentérico. Se realiza resección de intestino delgado a 10 y 15 cm proximal y distal a la

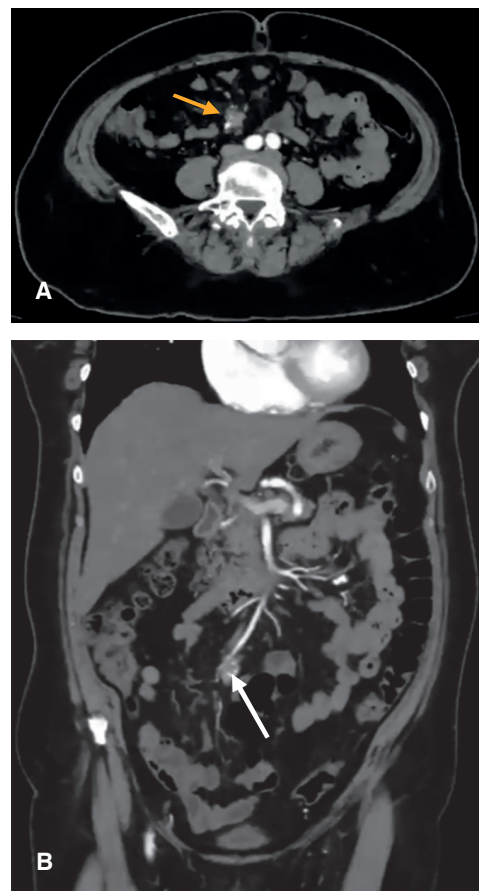


Figura 1: **A)** Angiotomografía de abdomen en corte axial, con presencia de tumoración intestinal (flecha amarilla) y discreta fibrosis mesentérica perilesional. **B)** Angiotomografía de abdomen en corte coronal, con presencia de lesión hipodensa en mesenterio (flecha amarilla) y desplazamiento de arteria mesentérica superior, sin involucro de ésta.

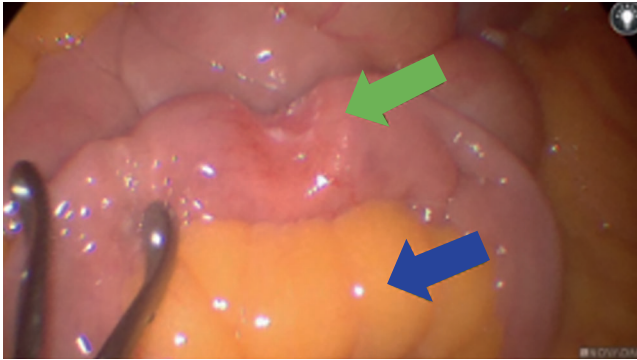


Figura 2: Laparoscopia diagnóstica con hallazgo de lesión estenosante de intestino delgado (verde) y conglomerado ganglionar mesentérico (azul).

lesión mediante engrapadora Endo Gia de 60 mm (*Figura 3A*), enviando la pieza a estudio transoperatorio por patología. El reporte inicial indicó adenocarcinoma con bordes negativos, pero con invasión macroscópica hasta la raíz del mesenterio (*Figura 3B*), por lo que se decide conversión a laparotomía exploradora para completar la disección mesentérica hasta los ganglios paraaórticos. Se realizó entero-entero anastomosis latero-lateral mecánica mediante engrapadora lineal de 65 mm y cierre de enterotomías con engrapadora lineal de 75 mm, dejando drenaje Blake 19 Fr en el sitio de anastomosis y en el hueco pélvico.

La paciente inició dieta líquida al primer día posoperatorio, con adecuada tolerancia; presentó canalización de gases y progresión a dieta blanda a las 48 horas. Fue egresada el 15/09/2024 por mejoría, con drenaje Blake a la espera de reducción de gasto, el cual fue retirado el 17/09/2024 durante cita de seguimiento por salida serosa escasa.

Resultado de patología: el producto de resección del intestino delgado mostró un tumor neuroendocrino grado 2, moderadamente diferenciado, de 1.2 cm de tamaño, con infiltración hasta la serosa sin sobrepasarla. El nódulo mesentérico correspondió a implante neuroendocrino, y los bordes de resección resultaron negativos para actividad neoplásica.

DISCUSIÓN

Los tumores neuroendocrinos del intestino delgado son neoplasias con cuadro clínico inespecífico, comúnmente caracterizados por dolor tipo cólico abdominal difuso, distensión abdominal, cambios en los hábitos evacuatorios y, ocasionalmente, hemorragia digestiva.⁶ Para el diagnóstico y estadificación, es fundamental la realización de estudios de imagen como tomografía abdominal o resonancia magnética, que permiten localizar el tumor primario, evaluar el compromiso ganglionar y descartar enfermedad metastásica.

El hallazgo de un tumor primario pequeño asociado con adenopatías voluminosas y fibrosis mesentérica debe generar una alta sospecha de tumor neuroendocrino del intestino delgado.

El manejo quirúrgico constituye el pilar del tratamiento, cuyo objetivo principal es la resección completa (R0). Durante la intervención, es esencial realizar palpación bimanual secuencial del intestino delgado, desde el ángulo de Treitz hasta la válvula ileocecal, con el fin de descartar afectación en otros sitios, así como resección mesentérica adecuada de ganglios comprometidos.

La resección laparoscópica de estas lesiones se ha consolidado como una alternativa segura y eficaz en pacientes seleccionados. Estudios muestran^{2,3} que la vía laparoscópica ofrece ventajas significativas frente a la vía abierta, incluyendo menor dolor posoperatorio, recuperación más rápida y reducción de la estancia hospitalaria, siempre que se logre una palpación completa del intestino y una disección mesentérica adecuada. No obstante, la vía abierta sigue siendo preferible en tumores grandes, con invasión extensa o compromiso de la vascularización mesentérica, o cuando es necesario un control más preciso de la hemostasia.

Para el éxito de la resección laparoscópica, es crucial evaluar cuidadosamente la vascularización mesentérica, preservar las arterias principales y considerar la conversión a laparotomía si se identifica riesgo de sangrado, invasión extensa o compromiso vascular. La literatura resalta³ que la resección completa (R0) es el factor determinante de supervivencia a largo plazo, y que, en pacientes seleccionados,



Figura 3: A) Producto de resección del intestino delgado (25 cm). **B)** Lesión de consistencia pétreo que involucra hasta raíz de mesenterio.

nados, la vía mínimamente invasiva puede lograr resultados oncológicos comparables a la cirugía abierta, con menor morbilidad y mejor recuperación posoperatoria.

CONCLUSIONES

En este caso, se confirma que la identificación del origen del sangrado de tubo digestivo puede requerir estudios de imagen adicionales cuando las endoscopías iniciales no son concluyentes. La angiotomografía permitió localizar la lesión intestinal y la fibrosis mesentérica, guiando un abordaje quirúrgico oportuno. La resección laparoscópica, complementada con palpación bimanual secuencial y resección mesentérica adecuada, permitió extirpar completamente el tumor neuroendocrino y los implantes ganglionares, logrando márgenes negativos y preservando la integridad funcional del intestino delgado. Este caso resalta la relevancia de un enfoque diagnóstico y terapéutico multidisciplinario y planificado, lo que contribuye a la recuperación posoperatoria temprana y a la mejora de la calidad de vida del paciente.

AGRADECIMIENTOS

A los pacientes, cuya confianza, dolor y esperanza nos enseñan cada día el arte de la cirugía. Son ellos quienes, con humildad y valentía, nos permiten ser cirujanos.

REFERENCIAS

1. Peng Y, Xu B, Zhang F, Wu R, Tong S, Mao Z. Incidence, survival, and prognostic nomogram of patients with small intestinal neuroendocrine tumors: A SEER population-based study. *Medicine (Baltimore)*. 2024; 103: e39616. doi: 10.1097/MD.00000000000039616.
2. Tran CG, Sherman SK, Howe JR. The landmark series: management of small bowel neuroendocrine tumors. *Ann Surg Oncol*. 2021; 28: 2741-2751. doi: 10.1245/s10434-020-09566-4.
3. Soreide K, Stattner S, Hallet J. Surgery as a principle and technical consideration for primary tumor resection of small bowel neuroendocrine tumors. *Ann Surg Oncol*. 2024; 31: 1125-1137 doi: 10.1245/s10434-023-14610-0.
4. Clift AK, Kidd M, Bodei L, Toumpanakis C, Baum RP, Oberg K et al. Neuroendocrine neoplasms of the small bowel and pancreas. *Neuroendocrinology*. 2020; 110: 444-476. doi: 10.1159/000503721.
5. ASGE Standards of Practice Committee; Gurudu SR, Bruining DH, Acosta RD, Eloubeidi MA, Faulx AL et al. The role of endoscopy in the management of suspected small-bowel bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2017; 85: 22-31. doi: 10.1016/j.gie.2016.06.013.
6. Mosquera-Klinger GA, Hernández AJ. Tumor neuroendocrino primario de intestino delgado, con sangrado digestivo oscuro manifiesto: un reporte de caso. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2018; 33: 318-323. doi: 10.22516/25007440.16.