

INFORME DE CASO

Presentación inusual de un tumor de páncreas

Dra. Dianelí Lorely Reyes Hernández
MSc. Dr. Oscar Rogelio Estupiñán Martínez
Dr. Pedro Omar Casuso Hernández

Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

Los tumores del intestino delgado son lesiones raras que corresponden al 2% de los tumores del tracto gastrointestinal; los síntomas de presentación son inespecíficos y pueden ser similares a los causados por enfermedades tan comunes como el síndrome de intestino irritable, las adherencias intrabdominales, etc. Entre los síntomas y los signos más frecuentes están el dolor abdominal cólico intermitente, la diarrea crónica, la anemia ferropriva, la obstrucción intestinal, la anorexia y la pérdida de peso, el síndrome carcinoide, la hemorragia gastrointestinal de sitio desconocido y la masa abdominal. Se presenta un hombre de 56 años con un tumor de intestino delgado cuyo síntoma de presentación fue una neuralgia intercostal. El descubrimiento de este tumor abrió el camino para finalmente diagnosticar al único responsable del aberrante cuadro: el adenocarcinoma pancreático.

Palabras clave: neoplasias pancreáticas, carcinoma ductal pancreático

ABSTRACT

The small intestine tumors are rare lesions that correspond to 2% of tumors of the gastrointestinal tract; presentation symptoms are nonspecific and may be similar to those caused by common diseases such as irritable intestine syndrome, intra-abdominal adhesions, etc. Among symptoms and the most common signs are abdominal pain intermittent colic, chronic diarrhea, iron deficiency anemia, intestinal obstruction, anorexia and weight loss, carcinoid syndrome, gastrointestinal bleeding of unknown location and abdominal mass. A man of 56 years with a small intestine tumor whose presentation symptom was an intercostal neuralgia is presented. The discovery of this tumor eventually open the way for diagnosing the only responsible of aberrant square: pancreatic adenocarcinoma.

Key words: pancreatic neoplasms, ductal pancreatic carcinoma

Los tumores del intestino delgado representan menos del 3% de las neoplasias del aparato digestivo; por este motivo suelen diagnosticarse de forma tardía. Los síntomas abdominales suelen ser vagos y mal definidos

y los estudios radiográficos habituales de la parte superior e inferior del intestino suelen ser normales.¹ También la mayoría de los pacientes con cáncer de cuerpo de páncreas son diagnosticados en forma tardía. La ausencia de ictericia y de síntomas específicos, así como una baja sospecha clínica, son los principales factores que contribuyen al diagnóstico tardío. El porcentaje de resecabilidad al momento del diagnóstico es bajo.² No se conocen procedimientos de prevención para el control de estas enfermedades. El diagnóstico precoz está apoyado en el conocimiento de las enfermedades que constituyen un riesgo y en el estudio clínico y paraclínico inmediato cuando aparecen signos de localización.³ La forma en que se presentó este tumor de intestino delgado contribuyó, lamentablemente, al diagnóstico tardío de la enfermedad, por lo que se presenta este caso para contribuir al diagnóstico rápido de estos tumores que pueden tener una presentación atípica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de la raza negra y 56 años de edad, con antecedentes de salud, sin hábitos tóxicos. Siete meses antes del diagnóstico acudió a la Consulta de Ortopedia por dolor intenso referido a los últimos espacios intercostales y la región dorsal del tórax. Se le realizó un estudio de resonancia magnética nuclear que descartó una lesión en la columna dorsal y los arcos costales y se prescribió un tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios.

Al pasar el tiempo el dolor se intensificaba progresivamente y se acompañaba de anorexia y pérdida de peso, por lo que fue ingresado en una Sala de Medicina Interna del Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milán Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara. Describía el dolor como intenso, en la región inferior del tórax y de siete meses de duración; no conseguía alivio con analgésicos como tramadol, diclofenaco, amoxicodex y carbamazepina. Nunca refirió síntomas digestivos ni localización o irradiación del dolor al abdomen.

Se le realizaron los siguientes estudios en sangre:

Glucosa: 8.1mmol/l

Creatinina: 58micromol/l

Acido úrico: 236mmol/l

Colesterol: 3.5mmol/l

Triglicéridos: 0.7mmol/l

Lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL): 0.3

Proteínas totales: 72.5, albúmina sérica: 40.5, globulinas: 32

Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP): 13.8u/l

Transaminasa glutámico oxalacética (TGO): 15u/l

Fosfatasa alcalina: 122UI/l

Gamma-glutamyl transpeptidasa (GGTP): 32u/l

Hematocrito (Hto): 0.38vol/%

Eritrosedimentación: 33mm/h

Leucocitos: $7.4 \times 10^9/l$

Polimorfonucleares: 0.61

Linfocitos: 0.29, eosinófilos: 0.05, monolitos: 0.01

Se apreció una ligera hiperglicemia.

Se le realizó una radiografía de tórax que resultó normal; en un ultrasonido abdominal a nivel del epigastrio, a la derecha de la aorta y posterior a la derecha del páncreas, se informó una imagen hipoecogénica polilobulada de centro hiperecogénico que se alargaba en un eje largo que podía estar en relación con una imagen de pseudoriñón. Se le realizaron entonces una rectosigmoidoscopia y una radiografía contrastada de colon; ambas resultaron normales. Posteriormente se exploró el abdomen a través de laparoscopia y se informó la existencia de adherencias no recientes en el hemiabdomen superior, sin otras alteraciones.

Ante la negativa de los exámenes anteriores se decidió explorar el sistema digestivo y el abdomen mediante una tomografía axial computadorizada (TAC) con contraste vía oral y endovenoso: se observó una imagen compleja de contornos bien definidos con aire y contraste hidrosoluble en su porción central que se comportaba como un engrosamiento marcado y localizado de asa delgada que impresionaba en íntimo contacto con el retroperitoneo (figura 1). Se trasladó el paciente a fluoroscopia y se le administró -vía oral- una solución de bario para realizar el tránsito intestinal: se observó comprometida la porción horizontal y retroperitoneal en la cara posterior del duodeno (tercera porción) con estrechamiento irregular y debilitamiento de la luz, con mayor crecimiento extraluminal, que impresionaba tumor de duodeno en su tercera porción (horizontal) con estrechamiento de la luz y más acentuado extraluminal (figura 2).

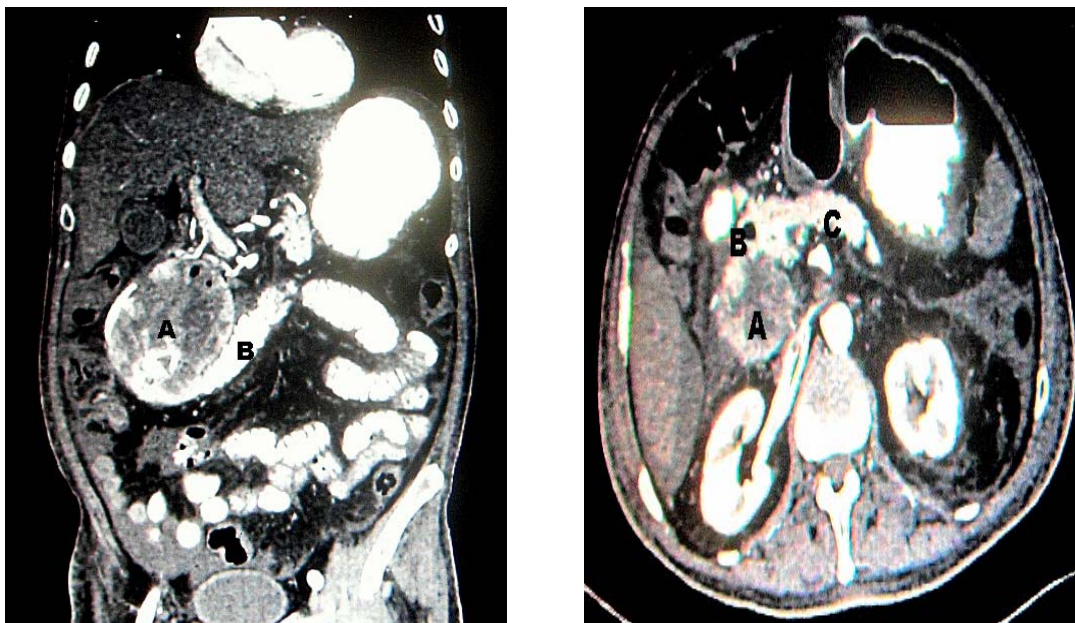


Figura 1. TAC de abdomen contrastada

A: lesión tumoral. **B:** intestino delgado. **C:** páncreas



Figura 2. *Radiografía contrastada de estómago e intestino delgado*

Se le realizó una endoscopia gastroduodenal que describía un proceso tumoral a nivel de la tercera porción del duodeno y se tomó muestra para biopsia de mucosa duodenal; se diagnosticó adenocarcinoma poco diferenciado de células mucoproducentes (figura 3).

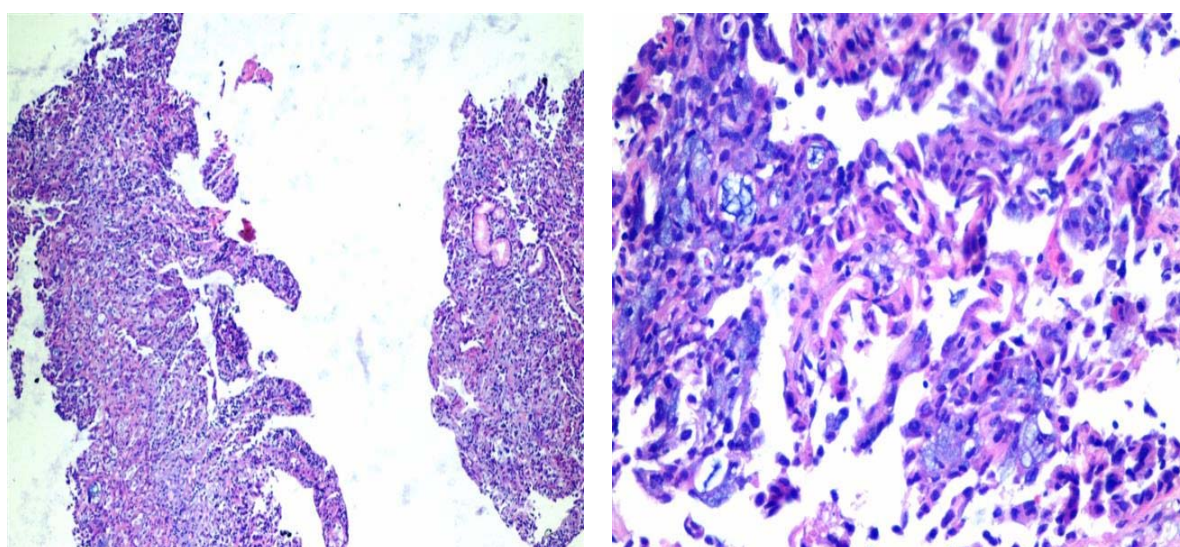


Figura 3. *En las láminas histológicas se muestra una infiltración a la mucosa duodenal por un adenocarcinoma moderadamente diferenciado con marcada desmoplasia del estroma.*

A: Hematoxilina/Eosina. 10x **B:** Hematoxilina/Eosina. 40x

Fue trasladado a una Sala de Cirugía para tratamiento quirúrgico, que se realizó 37 días después de su ingreso. El informe operatorio describió el hallazgo de un tumor maligno uncinado del cuerpo del páncreas que infiltraba la tercera porción del duodeno y el retroperitoneo así como la raíz del meso del colon y el intestino delgado; fue egresado con pronóstico desfavorable y falleció posteriormente.

COMENTARIO FINAL

Los tumores de intestino delgado clínicamente se manifiestan por dolor abdominal, cuadro obstructivo y hemorragia digestiva;^{4,5} en este caso se presentó con una neuralgia intercostal. La TAC contrastada de abdomen dirigió la búsqueda precisa de este tumor luego de la radiología contrastada y de la biopsia duodenal por endoscopia; no hubo otros estudios alterados. En el acto quirúrgico se detectó que era consecuencia de la invasión por contigüidad de un tumor del páncreas que también había infiltrado el retroperitoneo y la raíz del meso del colon y del intestino delgado. En este caso las imágenes no revelaron el tumor de páncreas sino su consecuencia infiltrativa en el duodeno, lo que condujo a la laparotomía, procedimiento a través del que, finalmente, se localizó; este tumor de intestino delgado apareció a los 56 años de edad sin factores de riesgo ni antecedentes patológicos, se presentó como una neuralgia intercostal resistente al tratamiento analgésico sin síntomas propios del sistema digestivo y resultó consecuencia de la infiltración duodenal por un tumor maligno del cuerpo del páncreas cuyo diagnóstico fue tardío. La TAC contrastada de abdomen orientó hacia el diagnóstico de certeza. Ante un paciente con dolor en forma de neuralgia intercostal baja resistente al tratamiento, aún sin factores de riesgo para el diagnóstico de tumor de intestino delgado o de páncreas, se recomienda la exploración del abdomen y de sus órganos mediante estudios radiológicos contrastados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Turney Laurence M, Mcphee Stephen J, Papadakis Maxime A. Tumores de intestino delgado. En: Diagnóstico clínico y tratamiento. 41 ed. México: El Manual Moderno; 2006. p. 532-3.
2. Ramage JK, Davies AHG, Ardill JES, Caplin M, Sutton R. Guidelines for the management of gastroenteropancreatic neuroendocrine (including carcinoid) tumors. Gut. 2005;54(suppl 4):iv1-iv16 doi:10.1136/gut.2004.053314Gut
3. Vassallo JA, Barrios E. Actualización Ponderada de los Factores de Riesgo del Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer; 2003.
4. Targeted Therapies in Neuroendocrine Tumors (NET): Clinical Trial Challenges and Lessons Learned. Oncologist. 2013;18:525-532.
5. Tumores de intestino delgado. En: Manual CTO. Digestivo y cirugía. Vol 26. 6 ed. Madrid: Mcgraw-Hill; 2005. p. 45-50.

Recibido: 11- 9-13

Aprobado: 28-11-13

Dianelí Lorely Reyes Hernández. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro". Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)(42)270000
dianelirh@hamc.vcl.sld.cu