

GASTROYEYUNOSTOMÍA POR LAPAROSCOPIA CON INTENCIÓN PALIATIVA EN ADENOCARCINOMA DE DUODENO. REPORTE DE CASO.

LAPAROSCOPIC GASTROJEJUNOSTOMY WITH PALLIATIVE INTENT IN DUODENAL ADENOCARCINOMA. CASE REPORT.

Claudia Viviana Jaimes González¹, María José Pereira Velásquez², Natalia Martínez Forero³, Juan Pablo Unigarro Villota⁴.

Recibido: 15 de mayo de 2025.

Aprobado: 15 de Junio de 2025

RESUMEN

Introducción: El adenocarcinoma de duodeno es una neoplasia rara, constituyendo aproximadamente el 0.3% de los tumores gastrointestinales. Su presentación clínica es a menudo inespecífica, lo que convierte su diagnóstico en un desafío clínico considerable.

Reporte de caso: Se presenta el caso de una paciente femenina de 81 años, con antecedentes de múltiples comorbilidades, recientemente diagnosticada con adenocarcinoma de duodeno de tipo intestinal. Ante la persistencia de episodios eméticos recurrentes, intolerancia a la vía oral y dolor abdominal difuso, se optó por realizar una gastroyeyunostomía laparoscópica con fines paliativos. La intervención se desarrolló con éxito, logrando una evolución clínica favorable y una notable resolución de los síntomas.

Discusión: El adenocarcinoma de duodeno requiere un abordaje quirúrgico oportuno, ya sea con fines curativos o paliativos, para optimizar el pronóstico y mejorar la calidad de vida de los pacientes. **Conclusiones:** A pesar de su baja incidencia, el adenocarcinoma de duodeno tiene una relevancia clínica significativa. Es un reto realizar un diagnóstico precoz, sin embargo, la intervención temprana y adecuada son factores clave para mejorar el pronóstico, contribuyendo a resultados más favorables para los pacientes.

Palabras clave: Neoplasias duodenales, duodeno, derivación gástrica, neoplasias intestinales.

ABSTRACT

Introduction: Duodenal adenocarcinoma is a rare neoplasm, accounting for approximately 0.3% of gastrointestinal tumors. Its clinical presentation is often nonspecific, making its diagnosis a considerable clinical challenge. **Case Report:** The case of an-81 year old female patient with a history of multiple comorbidities is presented, who was recently diagnosed with intestinal-type duodenal adenocarcinoma. Due to the persistence of

Cómo citar este artículo: Jaimes González CV, Pereira Velásquez MJ, Martínez Forero N, Unigarro Villota JP. Gastroyeyunostomía por laparoscopia con intención paliativa en adenocarcinoma de duodeno. Reporte de caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(2):87-93. Julio 2025, ISSN 2981-5800



recurrent emetic episodes, oral intolerance, and diffuse abdominal pain, a laparoscopic gastrojejunostomy was performed with palliative intent. The procedure was successfully completed, resulting in favorable clinical progression and significant resolution of symptoms.

Discussion: Duodenal adenocarcinoma requires timely surgical intervention, whether for curative or palliative intent, to optimize prognosis and improve patients' quality of life.

Conclusions: Despite its low incidence, duodenal adenocarcinoma has significant clinical relevance. Early diagnosis is challenging; however, timely and appropriate intervention are key factors in improving prognosis, contributing to more favorable outcomes for patients.

Key words: Duodenal neoplasms, duodenum, gastrojejunostomy, intestinal neoplasms.

Introducción

El adenocarcinoma de duodeno es una neoplasia maligna poco frecuente, descrita por primera vez en 1746 por Hamburger (1). Representa entre el 0.3% y el 0.4% de los tumores del tracto gastrointestinal y entre el 33% y el 45% de todos los carcinomas del intestino delgado (2). Se localiza con mayor frecuencia en la segunda porción del duodeno y en la zona periampular (40%), seguida de la tercera y cuarta porción (45%), y, en menor medida, en la primera porción (15%). Su incidencia es mayor en hombres que en mujeres, con una relación de 3:1, y se presenta predominantemente entre los 60 y 66 años. Además, se observa un aumento en la frecuencia de este tipo de tumor en pacientes con condiciones predisponentes, tales como el síndrome de Lynch, la poliposis adenomatosa familiar y el síndrome de Peutz-Jeghers. (3)

La presentación clínica suele ser variable e inespecífica, con la tríada típica de hiporexia, vómitos y pérdida de peso. No obstante, también pueden observarse otros síntomas como náuseas, plenitud postprandial, dolor abdominal, sangrado

gastrointestinal, obstrucción o ictericia, especialmente cuando el tumor se localiza en la región periampular. (1,4)

El diagnóstico se realiza bajo observación directa mediante la esofagogastroduodenoscopia con toma de biopsia y estudio inmunohistoquímico, además, se recomienda la realización de tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis para evaluar la extensión regional y a distancia del tumor. (5,6)

El manejo depende de la estadificación y localización del tumor, además del compromiso de ganglios linfáticos, la presencia o no de metástasis, siendo el tratamiento quirúrgico la opción terapéutica con intención curativa en un diagnóstico precoz. (6,7)

Reporte de caso

Se presenta el caso de una paciente femenina de 81 años con antecedentes médicos significativos, incluyendo hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y un accidente

Cómo citar este artículo: Jaimes González CV, Pereira Velásquez MJ, Martínez Forero N, Unigarro Villota JP Gastrojejunostomía por laparoscopia con intención paliativa en adenocarcinoma de duodeno. Reporte de caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(2):87-93. Julio 2025, ISSN 2981-5800



cerebrovascular hace 14 años. La paciente consultó por un cuadro clínico de dos meses de evolución, caracterizado por episodios eméticos sin presencia de moco ni sangre, náuseas, deposiciones diarreicas, hiporexia, dolor abdominal localizado en el hipocondrio derecho y epigastrio, asociado con una pérdida de peso de 15 kg en tres meses. Se realizó una endoscopia de vías digestivas altas (Imagen 1), que reveló un adenocarcinoma duodenal moderadamente diferenciado, de tipo intestinal, con invasión linfovascular. En la tomografía abdominal (Imagen 2), se observó un engrosamiento de las paredes de la primera y segunda porción del duodeno (12 mm) con ganglios peripancreáticos.

El manejo inicial incluyó repleción nutricional por medio de un catéter central y corrección hidroelectrolítica. Durante la estancia hospitalaria la paciente presentó fibrilación auricular de novo, con respuesta ventricular controlada, por lo que se inició tratamiento con anticoagulación plena y un betabloqueador. Adicionalmente, presentó sepsis intravascular asociada al catéter central que requirió manejo antibiótico con vancomicina y piperacilina/tazobactam y hospitalización en UCI que postergó el procedimiento quirúrgico. Debido a la edad avanzada y comorbilidades, la paciente fue presentada en junta quirúrgica, donde se decidió realizar una gastroyeyunostomía paliativa por vía laparoscópica. Durante el procedimiento, se identificó una masa duodenal en la primera porción, con compromiso de la serosa y adherencias al hígado, ligamento hepático y segmento

IV, además de lesiones sugestivas de compromiso hepático. El procedimiento finalizó sin complicaciones.

En el postoperatorio, la paciente experimentó evolución tórpida por la aparición de hematemesis asociado a deterioro hemodinámico, anemia severa y nueva infección secundaria al catéter central por lo que fue ingresada a la unidad de cuidados intensivos, se indicó estudio de vías digestivas altas que evidenció adecuado paso de medio de contraste, se suspendió la anticoagulación, se inició reanimación hídrica, transfusión sanguínea, antibióticoterapia con vancomicina y meropenem por cultivos positivos con *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus spp.* Posteriormente la paciente mostró una mejoría clínica y hemodinámica, tolerando vía oral, por lo que fue dada de alta con seguimiento ambulatorio y evolución satisfactoria.



Imagen 1. Endoscopia de vías digestivas altas. Hernia hiatal de 6 cm, estenosis marcada no franqueable de la luz con la mucosa de aspecto adenomatoso, úlcera activa a nivel de la estenosis, gastritis eritematosa antral, restos alimenticios en la cámara gástrica.

Fuente: Imagen institucional tomada por los autores.



Imagen 2. Tomografía computarizada de abdomen con contraste en corte transversal. Engrosamiento de las paredes de la primera y segunda porción del duodeno de hasta 12mm espesor, disminuye su luz (flecha roja), sin embargo, hay paso del medio de contraste hacia distal. Fuente: Imagen institucional tomada por los autores.



Imagen 3. Tomografía computarizada de abdomen con contraste en corte transversal. Cambios postquirúrgicos de gastroyeyunostomía, sin signos de fuga en la anastomosis (flecha roja). Fuente: Imagen institucional tomada por los autores.

Discusión

El adenocarcinoma de duodeno es una patología rara; representa aproximadamente el 3% de los tumores del tracto digestivo y, dentro del intestino delgado sólo entre el 0.3% y el 1% se originan en el duodeno. La localización más frecuente es la segunda porción del

duodeno (45%), seguida de la tercera y cuarta porciones (40%), siendo la primera porción la menos afectada (15%). Es más común en hombres con una relación 3:1 y generalmente se presenta con mayor frecuencia en la sexta década de la vida.(8)

Clínicamente, su presentación suele ser inespecífica, con síntomas como hiporexia, pérdida de peso y vómitos, además de náuseas y dolor abdominal. Existen teorías que podrían explicar la baja incidencia de tumores duodenales debido a factores protectores propios como el tránsito duodenal rápido, la alta proliferación de la mucosa intestinal que inhibe el crecimiento maligno, la concentración elevada de tejido linfóide y producción de IgA. Entre los factores de riesgo para esta neoplasia se incluyen el síndrome de Peutz-Jeghers, la poliposis familiar, el síndrome de Gardner, los adenomas vellosos, la enfermedad de Crohn y la enfermedad celíaca.(7,8)

Para el diagnóstico, las pruebas de elección son la endoscopia de vías digestivas altas y la tomografía abdominal, siendo necesario el diagnóstico histopatológico. Existen distintos subtipos histológicos del adenocarcinoma de duodeno: intestinal, gástrico, pancreaticobiliar e indeterminado, siendo el subtipo intestinal el de mejor pronóstico. (9)

El tratamiento quirúrgico depende de la localización y estadio del tumor, así como de la condición clínica del paciente. Independientemente del abordaje, lograr márgenes negativos es el objetivo principal en la cirugía curativa. La técnica preferida en la primera y segunda porción del duodeno y en pacientes con poliposis adenomatosa familiar es la

Cómo citar este artículo: Jaimes González CV, Pereira Velásquez MJ, Martínez Forero N, Unigarro Villota JP. Gastroyeyunostomía por laparoscopia con intención paliativa en adenocarcinoma de duodeno. Reporte de caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(2):87-93. Julio 2025, ISSN 2981-5800

pancreatoduodenectomía con linfadenectomía. Para tumores en la tercera y cuarta porción, la duodenectomía o resecciones segmentarias son opciones viables. La cirugía tiene una morbilidad aproximada del 35-40% y una mortalidad del 2,4-3,3%. (10,11)

Diversos factores predicen un peor pronóstico en el manejo quirúrgico, tales como la edad avanzada, metástasis a distancia, número de ganglios linfáticos afectados, grado tumoral alto, estadio avanzado, invasión linfovascular y metástasis nodal, siendo este último el factor pronóstico. (10,11)

En el caso de nuestra paciente, dada su edad avanzada, comorbilidades y compromiso linfático, el beneficio de una cirugía curativa se mostró menor que el riesgo quirúrgico. Por ello, se optó por una cirugía paliativa con derivación intestinal, mejorando tanto la obstrucción como el dolor.

Sobre el uso de quimioterapia adyuvante, los estudios disponibles son limitados debido a la rareza del adenocarcinoma de duodeno. Aunque se han observado mejoras en el control local con quimio radioterapia en casos de metástasis linfáticas, no hay evidencia clara de aumento en la supervivencia a 5 años. La decisión de emplear quimioterapia requiere una evaluación. (10,11)

La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección, pero la extensión de la resección y la necesidad de terapias adyuvantes dependen del estadio tumoral y la condición clínica del paciente, requiriendo una evaluación multidisciplinaria para determinar el enfoque óptimo en cada caso.

Cómo citar este artículo: Jaimes González CV, Pereira Velásquez MJ, Martínez Forero N, Unigarro Villota JP. Gastroyeyunostomía por laparoscopia con intención paliativa en adenocarcinoma de duodeno. Reporte de caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(2):87-93. Julio 2025, ISSN 2981-5800

Conclusión:

El adenocarcinoma de duodeno es una neoplasia maligna poco frecuente, que presenta una sintomatología variable y, en muchas ocasiones, inespecífica, lo que dificulta su diagnóstico temprano. En este caso, la paciente, a pesar de su avanzada edad y múltiples comorbilidades, recibió un enfoque multidisciplinario que permitió un diagnóstico oportuno mediante endoscopia y tomografía abdominal. Dado su estado clínico, comorbilidades y localización del tumor, se optó por un tratamiento quirúrgico paliativo, el cual mejoró la calidad de vida de la paciente. La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección, aunque la decisión terapéutica debe ser cuidadosamente evaluada en función de la condición clínica, el estadio del tumor y las comorbilidades presentes. La quimioterapia adyuvante, aunque utilizada en ciertos casos, requiere más investigación debido a la rareza de esta neoplasia y la falta de evidencia concluyente sobre su impacto en la supervivencia a largo plazo. Este caso resalta la importancia de un enfoque individualizado y multidisciplinario para el manejo de esta patología rara y desafiante.

Referencias

1. Ramia JM, Villar J, Palomeque A, Muffak K, Mansilla A, Garrote D, et al. Adenocarcinoma de duodeno. *Cir Esp.* 2005;77(4):208-12.
2. W.C. Chung, C.N. Paik, S.H. Jung, K.M. Lee, S.W. Kim, U.I. Chang, et al. Prognostic factors associated with survival in patients with primary



- duodenal adenocarcinoma. *Korean J Intern Med*, 26 (2011), pp. 34-40.
3. Sista F, Santis GD, Giuliani A, Cecilia EM, Piccione F, Lancione L, Leardi S, Amicucci G. Adenocarcinoma of the third duodenal portion: Case report and review of literature. *World J Gastrointest Surg*. 2012 Jan 27;4(1):23-6. doi: 10.4240/wjgs.v4.i1.23. PMID: 22347539; PMCID: PMC3277878.
 4. Kim MJ1 Choi SB, Han HJ, Park PJ, Kim WB, Song TJ, et al. Clinic pathological analysis and survival outcome of duodenal adenocarcinoma. *Kaohsiung J Med Sci*. 2014;30:254-259.
 5. Ruiz Barrios, J. P., Rodríguez Arrieta, H. D., & Diaz Montes, Y. (2023). Carcinoma primario de duodeno con células en anillo de sello: reporte de un caso. *Revista Colombiana De Gastroenterología*, 38(3), 355–359. <https://doi.org/10.22516/25007440.947>
 6. Cloyd JM, George E, Visser BC. Duodenal adenocarcinoma: Advances in diagnosis and surgical management. *World J Gastrointest Surg* 2016; 8(3): 212-221 Available from: URL: <http://www.wjgnet.com/1948-9366/full/v8/i3/212.htm> DOI: <http://dx.doi.org/10.4240/wjgs.v8.i3.212>
 7. Marín M., J. C.; Osorio Chona, M.; Arango G., A.; Ángel P., A.; López G., G.; Mejía, L. A. Adenocarcinoma Primario Del Duodeno. Presentación De 2 Casos Y Revisión Del Tema. *Rev Colomb Cir* 2021, 9, 72-76
 8. VELANDIA C, DELGADO M R, COELLO H C, GIL M A, PÉREZ G, AGÜERO E. Quimioterapia neoadyuvante en adenocarcinoma de duodeno localmente avanzado. Reporte de caso. Revisión de la literatura. *Revista Venezolana de Oncología* 2018;30(1)
 9. Khanal S, Joshi U, Bhattarai A, Agrawal V, Sayami G, Bhandari RS. Primary Duodenal Adenocarcinoma: Uncommon Tumor, Uncommon Presentation. A Case Report and Review of the Literature. *Int Med Case Rep J*. 2020;13:165-169 <https://doi.org/10.2147/IMCRJ.S256107>
 10. Aparicio T, Zaanán A, Svrcek M, Laurent P, Carrere N, Manfredi S, et al. Small bowel adenocarcinoma: Epidemiology, risk factors and treatment. *Dig Liver Dis*. 2014;46:97-104.
 11. Kim MJ1 Choi SB, Han HJ, Park PJ, Kim WB, Song TJ, et al. Clinic pathological analysis and survival outcome of duodenal adenocarcinoma. *Kaohsiung J Med Sci*. 2014;30:254-259.

-
- ¹ Cirujana General, Universidad Nacional de Colombia; Jefe de salas de cirugía, Clínica de Marly, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-5863-2022>
- ² Médica, Fundación Universitaria Juan N. Corpas; Salas de Cirugía, Clínica de Marly, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-2090-1175>
- ³ Médica, Universidad de los Andes; Salas de Cirugía, Clínica de Marly, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0009-0009-6181-5426>
- ⁴ Médico, Universidad Cooperativa de Colombia, Pasto, Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-4661-0958>

Cómo citar este artículo: Jaimes González CV, Pereira Velásquez MJ, Martínez Forero N, Unigarro Villota JP
Gastroyeyunostomía por laparoscopia con intención paliativa en adenocarcinoma de duodeno. Reporte de caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(2):87-93. Julio 2025, ISSN 2981-5800

