

Letters to the Editor

¿Realmente no existe la úlcera duodenal maligna?

Palabras clave: Úlcera duodenal malignizada.

Sr. Director:

El intestino delgado representa el 75% de la longitud del tracto alimentario. Sin embargo, sólo se localizan el 2% de las formaciones malignas gastrointestinales.

Existen diversas teorías para explicar esta baja incidencia como son el tránsito intestinal rápido y la mayor dilución del contenido que acortan el tiempo de exposición a la irritación y a los elementos carcinogénicos. También la presencia en mayor grado de la enzima benzopireno hidroxilasa y del tejido linfoide secretor de Ig A se han relacionado con la baja presencia de estos tumores (1,2)

Los tipos histológicos malignos, más comunes en intestino delgado, son adenocarcinoma (45%), tumor carcinoide (29%), linfoma (16%) y sarcoma (10%) (3,4). Se está observando un incremento en la incidencia del carcinoide en algunas series.

Caso clínico

Mujer de 65 años que acude para realización de gastroscopia a nuestro centro por estudio de anemia ferropénica.

En la exploración endoscópica se observa un bulbo deformado con una lesión ulcerosa en su base, de más de un centímetro, cubierta de fibrina y con pliegues confluentes hacia el centro. Se toman biopsias del borde y del centro de la lesión.

Se realiza test rápido de ureasa con resultado positivo para *H. pylori*.

El diagnóstico anatomopatológico fue de adenocarcinoma ulcerado y bajo grado de diferenciación histológica, en base al material remitido.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente y en el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica se confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma duodenal. No precisó terapia coadyuvante ni adyuvante.

Discusión

En este caso, la imagen endoscópica hacía sospechar la presencia de una úlcera péptica duodenal, que dada su localización y aspecto macroscópico, es decir, al no ser gástrica, ni presentar imagen sospechosa, no precisaba biopsias para descartar malignidad. Sin embargo, las muestras de biopsia fueron tomadas de la propia úlcera para estudio inmunohistoquímico de *H. pylori* y este hecho aportó la información histológica que cambió el curso en el manejo de la paciente.

Hemos revisado la bibliografía a través de Pubmed sin encontrar ningún caso de úlcera duodenal malignizada. En un estudio, que establecía la correlación entre el diagnóstico endoscópico y el anatomopatológico definitivo, se observó una correlación del 86%. Revisaron 29 casos con diagnóstico endoscópico de neoplasia maligna duodenal, confirmándose anatomopatológicamente en 25 casos, y en los restantes, uno correspondió a tuberculosis, otro fue un ampuloma y 2 a neoplasia maligna de cabeza de páncreas que infiltraba duodeno (5).

La mayoría de los adenocarcinomas de intestino delgado, se localizan en duodeno a partir de adenomas, de forma similar a la descrita en el cáncer colorrectal, pero menos, y documentada (6). En este caso, la presentación endoscópica nos hace pensar, que es conveniente la toma de biopsia en úlceras duodenales para descartar malignidad.

L. Domínguez Alcón, L.Pita Fernández

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid.

Bibliografía

1. DeSesso, JM, Jacobson, CF. Anatomical and physiological parameters affecting gastrointestinal absorption in human and rats. *Food Chem Toxicol* 2001; 39:209.
2. Chow, WH, Linnet, MS, McLaughlin, JK, et al. Risk factors for small intestine cancer. *Cancer causes control* 1993; 4:163.
3. Weiss, NS, Yang, CP. Incidence of histology types of cancer of the small intestine. *J. Natl Cancer Inst* 1987; 78:653.
4. Bilimoria, KY, Bentrem, DJ, Wayne, JD, et al. Small bowel cancer in the United States. Changes in epidemiology, treatment and survival over the last 20 years. *Ann Surg* 2009; 249:63.
5. Rosas Marcos, E, Frisancho Velarde, O, Yabar Berrocal, A. Neoplasia Maligna duodenal: Perfil Clínico-Patológico. *Rev Gastroenterol. Perú* 2003; 23(2):99-106.
6. Wheeler, JM, Warren, BF, Mortenson, NJ, et al. An insight into the genetic pathway of adenocarcinoma of the small intestine. *Gut* 2002; 50:218.