

# Adenocarcinoma yeyunal con patrón anular estenosante: Reporte de caso

Gustavo Díaz-Sáez<sup>1</sup>, Ricardo Andrés Cartes-Velásquez<sup>1</sup>, Jorge Medrano-Díaz<sup>1</sup>

## Jejunal adenocarcinoma with a stenosing annular pattern: Case report

**Introduction:** Small bowel adenocarcinoma (SBA) is a rare neoplasm and non-specific clinical presentation makes early diagnosis difficult. **Case Report:** We present the case of a 60-year-old woman with abdominal pain, vomiting, and weight loss. Imaging studies revealed a foreign body in the third part of the duodenum. An upper gastrointestinal endoscopy showed an impacted fruit seed, successfully extracted. This procedure also identified a stenosing tumor in the proximal jejunum. Surgical resection of affected segment with a duodenojejunal anastomosis was performed. Histopathology confirmed a moderately differentiated Borrmann type III adenocarcinoma with serosal invasion and nodal involvement (pT4 N2 Mx). **Discussion:** This case highlights an atypical presentation of SBA with a stenosing annular morphology and the incidental detection of a foreign body, a combination that has been scarcely described in the literature. We discuss the diagnostic and therapeutic implications of this finding, emphasizing the importance of considering this entity in the differential diagnosis of intestinal obstruction with an unclear cause. **Keywords:** Adenocarcinoma; small bowel; annular stenosis; foreign body; case report.

## Resumen

**Introducción:** El adenocarcinoma de intestino delgado (AID) es una neoplasia infrecuente, cuya presentación clínica inespecífica dificulta el diagnóstico precoz. **Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 60 años con dolor abdominal, vómitos y pérdida de peso, en quien el estudio imagenológico reveló un cuerpo extraño en la tercera porción del duodeno. La endoscopia digestiva alta mostró una semilla de fruta impactada, la cual fue extraída exitosamente, y permitió identificar un tumor estenosante en yeyuno proximal. Se realizó resección quirúrgica del segmento comprometido con anastomosis duodeno-yeyunal. El estudio histopatológico confirmó un adenocarcinoma moderadamente diferenciado tipo Borrmann III, con invasión serosa y compromiso ganglionar (pT4 N2 Mx). **Discusión:** Este caso destaca una forma de presentación atípica del AID con morfología anular estenosante y la detección incidental de un cuerpo extraño, combinación escasamente descrita en la literatura. Se discuten las implicancias diagnósticas y terapéuticas de este hallazgo, enfatizando la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal de causa no clara. **Palabras clave:** Adenocarcinoma; intestino delgado; estenosis anular; cuerpo extraño; caso clínico.

## Introducción

El adenocarcinoma de intestino delgado (AID) es una neoplasia epitelial maligna infrecuente, que representa menos del 3% de todos los cánceres del tracto gastrointestinal, a pesar de que este órgano constituye la mayor parte de su superficie mucosa<sup>1-6</sup>. Su localización más habitual es el duodeno, seguido por el yeyuno y el íleon<sup>3,5,6</sup>.

Aunque generalmente de carácter esporádico,

hasta un 20% de AID se asocia a condiciones predisponentes como enfermedad de Crohn, síndrome de Lynch, poliposis adenomatosa familiar, síndrome de Peutz-Jeghers y enfermedad celíaca<sup>7-9</sup>. La presentación clínica es inespecífica, incluyendo dolor abdominal, baja de peso, anemia y síntomas obstructivos, lo que dificulta el diagnóstico precoz<sup>4,8</sup>. La limitada accesibilidad endoscópica del intestino delgado y la baja sospecha clínica contribuyen al retraso del diagnóstico, comprometiendo el pronóstico<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile.

Recibido el 2025-10-20 y aceptado para publicación el 2026-01-05

**Correspondencia a:**  
Dr. Ricardo Cartes-Velásquez  
[cartesvelasquez@gmail.com](mailto:cartesvelasquez@gmail.com)

E-ISSN 2452-4549



Desde el punto de vista morfológico, el AID suele manifestarse como una masa exofítica o infiltrativa. La presentación como una estenosis anular circunferencial, similar a la observada en cáncer colorrectal, es infrecuente en el intestino delgado y poco descrita en la literatura<sup>10-13</sup>.

En este contexto, presentamos un caso de adenocarcinoma yeyunal con patrón anular estenosante, en el cual la detección de un cuerpo extraño actuó como elemento clave del diagnóstico oportuno.

### Caso clínico

El caso ha sido reportado siguiendo las directrices de la pauta CARE<sup>14</sup> y las normas éticas del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano (Acta 2025/53), resguardando la confidencialidad del paciente según las buenas prácticas clínicas vigentes.

Mujer de 60 años, trabajadora de supermercado, con antecedentes de hipertensión arterial, colecistectomía por coledolitiasis y un relevante antecedente familiar de cáncer gástrico (su hermano fue diagnosticado a los 52 años). La paciente consultó en urgencias del Hospital las Higueras debido a un dolor abdominal difuso que había persistido por tres meses, acompañado de vómitos postprandiales y una pérdida de peso de 9 kg en el último mes.

En evaluaciones previas en el sistema privado, se le había realizado una endoscopia digestiva alta (EDA) que mostró una gastritis crónica sin atipias. Una tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis en ese momento reveló una zona densa inespecífica en la tercera porción del duodeno. Ante el empeoramiento progresivo de sus síntomas, la paciente decide consultar en urgencias.

Al examen físico, se destacó dolor a la palpación en el epigastrio, sin signos de irritación peritoneal ni masas palpables. Los exámenes de laboratorio iniciales no mostraron alteraciones significativas, siendo todos los parámetros dentro de rangos normales. Dada la persistencia de los síntomas, se repitió la TC de abdomen y pelvis con contraste, la cual reveló un elemento hiperdenso en la tercera porción duodenal, lo que fue sugerente de un cuerpo extraño y presencia de cambios inflamatorios en la grasa mesentérica (paniculitis mesentérica), en probable relación con adenomegalias mesentéricas reactivas o metastásicas. (Figura 1)

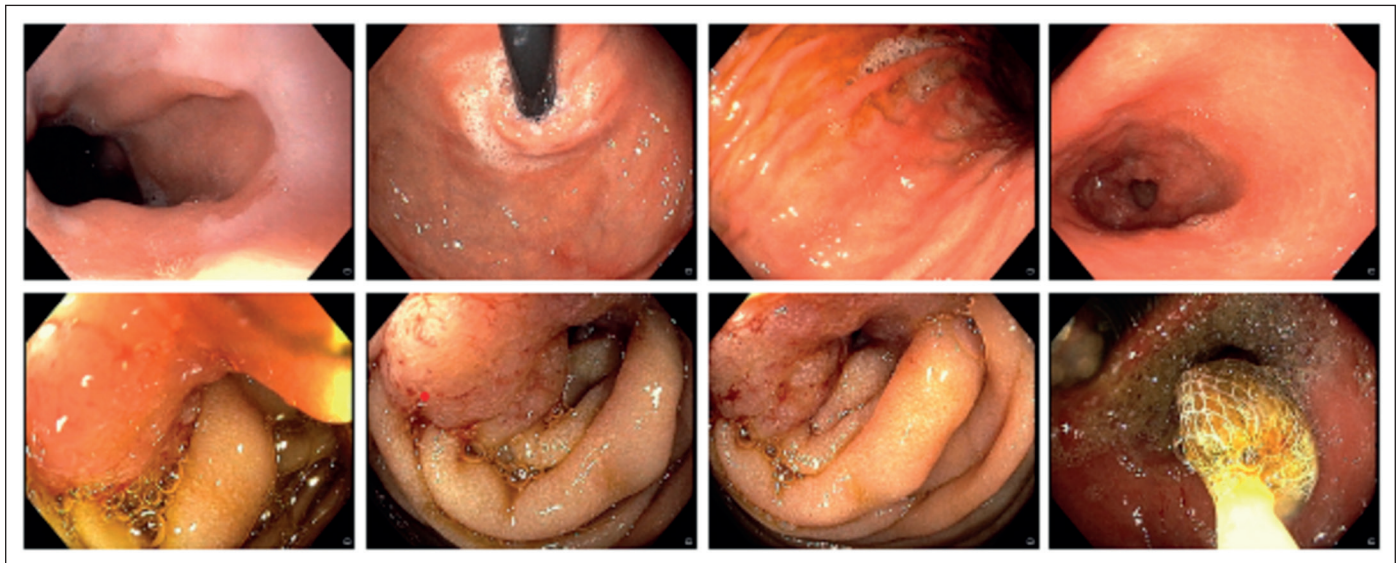
La paciente fue hospitalizada para una nueva EDA. Durante el procedimiento, se identificó y se retiró exitosamente una semilla de ciruela impactada. (Figura 2) Tras la extracción del cuerpo extraño,

la endoscopia permitió una visualización más clara y reveló una lesión estenosante en el yeyuno proximal. Posteriormente, se solicitó una TC de tórax, que no mostró evidencia de metástasis, y se analizaron los marcadores tumorales CA 19-9 y CEA, los cuales se encontraban dentro de rangos normales. El caso fue evaluado por el equipo de cirugía digestiva, que decidió proceder con laparotomía.

Durante la laparotomía, se identificó un tumor estenosante de aproximadamente 3×3 cm, localizado a 3 cm del ángulo de Treitz. Se realizó una resección segmentaria con márgenes amplios: el margen proximal en la tercera porción duodenal y el margen distal a 10 cm de la lesión, incluyendo los vasos de la primera arteria yeyunal desde su origen. Se procedió al ascenso del yeyuno por vía transmesocólica paraduodenal y se realizó una anastomosis duodeno-yeyunal latero-lateral en dos planos con sutura PDS 4-0. La prueba de hermeticidad hidroneumática y con azul de metileno resultó negativa. No se obser-



**Figura 1. A.** Se identifican signos radiológicos de dilatación de asas intestinales proximales, hallazgos sugerentes de obstrucción intestinal de probable origen mecánico, secundaria a una lesión estenosante compatible con adenocarcinoma de yeyuno. **B.** Presencia de cambios inflamatorios en la grasa mesentérica (paniculitis mesentérica), en probable relación con adenomegalias mesentéricas reactivas o metastásicas.



**Figura 2.** A nivel duodenal se observa el bulbo es amplio y no presenta lesiones ni cicatrices. La segunda porción exhibe pliegues normales en número, grosor y superficie. Con colonoscopia pediátrica se logra avanzar hasta la tercera-cuarta porción duodenal, donde se identifica una lesión tumoral estenosante, infranqueable con el equipo. Se toman biopsias de esta lesión. Se identifica un cuerpo extraño alimentario previo a la estenosis, el cual se extrae con asa de Roth.

varon lesiones adicionales en el peritoneo, órganos sólidos ni otras estructuras digestivas. El informe anatomopatológico confirmó un adenocarcinoma moderadamente diferenciado tipo Borrmann III, con invasión hasta la serosa, permeación linfovascular, invasión perineural, un “tumor en ciernes” positivo (Bd2/3) y compromiso de 6 de los 14 ganglios linfáticos regionales. La clasificación TNM fue pT4 N2 Mx.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria. La paciente presentó buena tolerancia a la dieta y fue dada de alta sin complicaciones, con un pronóstico favorable a corto plazo.

## Discusión

Este caso clínico destaca una combinación de características poco frecuentes: un AID con un patrón morfológico anular estenosante, cuyo diagnóstico se vio fortuitamente facilitado por la detección incidental de un cuerpo extraño. Es sabido que los AID son neoplasias infrecuentes, representando menos del 3% de todos los cánceres gastrointestinales, a pesar de que el intestino delgado constituye más del 75% de la longitud del sistema digestivo y el 90% de su superficie mucosa<sup>1-6</sup>. Aunque la mayoría de los AID suelen manifestarse como masas exofíticas o infiltrativas, la presentación como una estenosis anular circunferencial es infrecuente en el intestino delgado

y poco descrita en la literatura<sup>10-13</sup>. Esta morfología anular, similar a los patrones Borrmann II o III observados en el cáncer gástrico o colorrectal, puede generar un cuadro clínico de suboclusión, como el experimentado por nuestra paciente. La localización más habitual del AID es el duodeno, seguido por el yeyuno y el íleon<sup>3,5,6</sup>.

La presencia de una semilla de ciruela impactada en la tercera porción del duodeno fue, con alta probabilidad, una consecuencia de la estenosis subyacente causada por el tumor, y no su causa primaria. Sin embargo, este hallazgo, aunque incidental, resultó crucial. La detección del cuerpo extraño justificó la realización de una endoscopia diagnóstica más exhaustiva, que finalmente permitió visualizar y caracterizar la lesión tumoral de manera temprana. Esta detección precoz fue fundamental para llevar a cabo un tratamiento curativo, lo cual es vital considerando que la presentación clínica del AID es inespecífica, incluyendo dolor abdominal, baja de peso, anemia y síntomas obstructivos, lo que dificulta el diagnóstico precoz<sup>4,8</sup>. La limitada accesibilidad endoscópica del intestino delgado y la baja sospecha clínica contribuyen al retraso del diagnóstico, comprometiendo el pronóstico<sup>6</sup>.

Este caso subraya la importancia de incluir el AID en el diagnóstico diferencial de cuadros obstructivos atípicos, incluso en ausencia de antecedentes predisponentes claros o alteraciones marcadas en los estudios de imagen iniciales. Aunque

generalmente de carácter esporádico, hasta un 20% de los casos de AID se asocian a condiciones predisponentes como enfermedad de Crohn, síndrome de Lynch, poliposis adenomatosa familiar, síndrome de Peutz-Jeghers y enfermedad celíaca<sup>7-9</sup>. Este caso demuestra que puede presentarse de forma esporádica con una morfología inusual. Asimismo, resalta la relevancia de una evaluación meticulosa y una alta sospecha clínica ante hallazgos imagenológicos aparentemente menores o poco específicos, ya que pueden ocultar patologías malignas.

En conclusión, el adenocarcinoma yeyunal con patrón anular estenosante es una forma inusual de presentación de una neoplasia ya de por sí infrecuente, cuyo diagnóstico puede verse considerablemente facilitado por hallazgos incidentales como la presencia de un cuerpo extraño. Este caso ilustra la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica ante síntomas gastrointestinales persistentes y la importancia de realizar estudios endoscópicos exhaustivos incluso cuando los hallazgos imagenológicos iniciales son poco específicos.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Financiación:** Ninguna.

**Conflictos de interés:** Ninguno.

### Declaración de Autoría

Gustavo Díaz Sáez: Elaboración y edición del artículo.

Ricardo Cartes-Velásquez: Elaboración del artículo.

Jorge Medrano Díaz: Supervisión.

### Bibliografía

- Fujimori S, Hamakubo R, Hoshimoto A, Nishimoto T, Omori J, Akimoto N, et al. Risk Factors for Small Intestinal Adenocarcinomas That Are Common in the Proximal Small Intestine. *World J Gastroenterol.* 2022;28(39):5658-65. doi: 10.3748/wjg.v28.i39.5658.
- Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, Arain MA, Chen YJ, Ciombor KK, et al. Small Bowel Adenocarcinoma, Version 1.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2019;17(9):1109-33. doi: 10.6004/jncn.2019.0043.
- Aparicio T, Pachev A, Laurent-Puig P, Svrcek M. Epidemiology, Risk Factors and Diagnosis of Small Bowel Adenocarcinoma. *Cancers* 2022;14(9):2268. doi: 10.3390/cancers14092268.
- Pedersen KS, Raghav K, Overman MJ. Small Bowel Adenocarcinoma: Etiology, Presentation, and Molecular Alterations. *J Natl Compr Canc Netw.* 2019;17(9):1135-41. doi: 10.6004/jncn.2019.7344.
- Aparicio T, Zaanani A, Svrcek M, Laurent-Puig P, Carrere N, Manfredi S, et al. Small Bowel Adenocarcinoma: Epidemiology, Risk Factors, Diagnosis and Treatment. *Dig Liver Dis.* 2014;46(2):97-104. doi: 10.1016/j.dld.2013.04.013.
- Chang HK, Yu E, Kim J, Bae YK, Jang KT, Jung ES, et al. Adenocarcinoma of the Small Intestine: A Multi-Institutional Study of 197 Surgically Resected Cases. *Hum Pathol.* 2010;41(8):1087-1096. doi: 10.1016/j.humpath.2010.01.006.
- Beaugerie L, Itzkowitz SH. Cancers Complicating Inflammatory Bowel Disease. *N Engl J Med.* 2015;372(15):1441-52. doi: 10.1056/NEJMra1403718.
- Chin YH, Jain SR, Lee MH, Ng CH, Lin SY, Mai AS, et al. Small Bowel Adenocarcinoma in Crohn's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2022;37(1):239-50. doi: 10.1007/s00384-021-04050-1.
- Whitcomb E, Liu X, Xiao SY. Crohn Enteritis-Associated Small Bowel Adenocarcinomas Exhibit Gastric Differentiation. *Hum Pathol.* 2014;45(2):359-67. doi: 10.1016/j.humpath.2013.09.014.
- Ming J, Wang Y, Su Z, Wang C. Annular-Shaped Stenosis in the Ureter: Caution Should Be Taken. *Urol Oncol.* 2022;40(6):274.e7-274.e14. doi: 10.1016/j.urolonc.2022.01.015.
- Baykal C, Ekinci AP. Annular Skin Tumors and Lymphoproliferative Diseases. *Clin Dermatol.* 2023;41(3):382-95. doi: 10.1016/j.clindermatol.2023.07.007.
- Baykal C, Polat Ekinci A. Annular Skin Tumors and Lymphoproliferative Diseases. *Clin Dermatol.* 2023;41(6):692-711. doi: 10.1016/j.clindermatol.2023.08.006.
- Zhong J, Su Z, Li H, Ma J, Li D. Case Report: An Inflammatory Pseudotumor of the Caudate Lobe of the Liver Caused by a Foreign Body. *Heliyon.* 2024;10(15):e35355. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e35355.
- Cartes-Velásquez R, Moraga J. Pautas de chequeo, parte IV: STARD y CARE. *Rev Chil Cir.* 2016;68(5):400-4. doi: /10.1016/j.rchic.2015.12.002.