



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2026,
Volumen 10, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i3

OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ADENOCARCINOMA DE YEYUNO: REPORTE DE CASO

**APPLICATION OF THE NURSING CARE PROCESS IN A
PATIENT UNDERGOING EXPLORATORY LAPAROTOMY
WITH PRIMARY CLOSURE OF A GASTRIC ULCER: A CASE
REPORT**

Luis C. Romero Cuevas

Facultad de medicina Benemérita Universidad Autonoma de Puebla- México

Cheryl Z. Diaz -Barrientos

Facultad de medicina Benemérita Universidad Autonoma de Puebla – México

Monica Heredia-Montaño

Universidad Autonoma de Puebla – México

Jose M. A. Torres-Santana

Facultad de medicina Benemérita Universidad Autonoma de Puebla – México

Karen V. Morales-Vazquez

Universidad Autonoma de Puebla – México

Citlali Ramirez-Hernandez

Universidad Autonoma de Puebla – México

Rosalba Salgado-Martínez

Investigador Independiente - México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i3.24624

Oclusión intestinal secundaria a adenocarcinoma de yeyuno: reporte de caso

Luis Carlos Romero Cuevas¹<https://orcid.org/0009-0009-7019-0587>

Servicio de Cirugía/Hospital Universitario de Puebla/ Facultad de medicina Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/Puebla Puebla; México

Monica Heredia-Montaño<https://orcid.org/0000-0002-4234-9644>

Servicio de Cirugía/Hospital Universitario de Puebla/ Facultad de medicina Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/Puebla Puebla; México

Karen Vivian Morales Vázquez<https://orcid.org/0009-0002-5388-5466>

Servicio de Cirugía/Hospital Universitario de Puebla/ Facultad de medicina Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/Puebla Puebla; México

Rosalba Salgado-Martínez<https://orcid.org/0009-0000-8947-316X>

Investigador Independiente; Puebla Puebla; México

Cheryl Zilahy Diaz Barrientos<https://orcid.org/0000-0003-3046-1185>

Servicio de Cirugía/Hospital Universitario de Puebla/ Facultad de medicina Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/Puebla Puebla; México

José Miguel Ángel Torres Santana<https://orcid.org/0009-0007-1493-4006>

Facultad de medicina Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/Puebla Puebla; México

Citlali Ramirez-Hernandez<https://orcid.org/0009-0000-6379-0298>

Servicio de Cirugía/Hospital Universitario de Puebla/ Facultad de medicina Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/Puebla Puebla; México

RESUMEN

El adenocarcinoma de yeyuno es una neoplasia maligna primaria poco frecuente que representa menos del 3% de las neoplasias gastrointestinales. Esta neoplasia es multifactorial; es una patología difícil de detectar por la sintomatología difusa que presenta y por la baja sensibilidad que tienen algunos métodos diagnósticos para poder identificarla de manera temprana. El tratamiento de estas neoplasias dependerá de la etapa en que se encuentre, siendo la intervención quirúrgica el tratamiento de elección. Al ser una patología poco frecuente el objetivo de este artículo es reportar el caso clínico de adenocarcinoma de yeyuno.

Palabras clave: oclusión intestinal, adenocarcinoma de yeyuno, cáncer de intestino delgado

¹Autor principal
Correspondencia

Intestinal obstruction secondary to jejunal adenocarcinoma: case report

ABSTRACT

Jejunal adenocarcinoma is a rare primary malignant neoplasm, representing less than 3% of gastrointestinal cancers. This neoplasm is multifactorial and difficult to detect due to its diffuse symptoms and the low sensitivity of some diagnostic methods for early identification. Treatment depends on the stage of the disease, with surgical intervention being the treatment of choice. Given its rarity, the objective of this article is to report a clinical case of jejunal adenocarcinoma.

Keywords: intestinal obstruction, jejunal adenocarcinoma, small bowel cancer

*Artículo recibido 20 mayo 2026
Aceptado para publicación: 20 junio 2026*



INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Las neoplasias del intestino delgado son una entidad rara que abarca solo el 5% de todos los tumores gastrointestinales en sujetos entre los 55 y 65 años principalmente en población masculina y de raza negra¹, en Estados Unidos la incidencia anual es del 0,4 % de los cánceres gastrointestinales y el 0,2 % de las muertes asociadas a malignidad, mientras que, en México en un total de 106,238 tumores malignos, solo 0,32% se localizaron en el intestino delgado². La etiología del cáncer de intestino delgado no es del todo clara, sin embargo, se relaciona con diferentes síndromes como el cáncer de colon hereditario no polipósico (CCHNP), poliposis adenomatosa familiar (PAF), síndrome de Peutz-Jeghers y el síndrome de Lyunch; así como otras enfermedades que pueden elevar el riesgo como la Enfermedad de Crohn, enfermedad celiaca (cuando no está controlada y tiene una larga evolución) y fibrosis quística³.

Histopatológicamente existen cinco tipos de neoplasias que pueden presentarse en el intestino delgado: adenocarcinomas, sarcomas, tumores estromales del tracto gastrointestinal, tumores neuroendocrinos y linfomas, siendo el adenocarcinoma el cáncer más frecuente encontrándose entre un 30 a 40 %⁴. Por su ubicación, las neoplasias de yeyuno e íleon son de difícil diagnóstico, clínicamente, estas neoplasias pueden dar síntomas difusos como dolor abdominal, sangre oculta en heces, debilidad, cansancio, pérdida de peso, vomito, datos de obstrucción, perforación intestinal⁵; mediante métodos de imagen, las lesiones se identifican mediante enteroclis por resonancia o endoscopia digestiva alta, la tomografía computarizada (TAC) abdominal con contraste oral e intravenoso funciona para poder identificar el sitio exacto y la extensión de la enfermedad local, así como la presencia de metástasis hepáticas⁶.

El tratamiento para estas neoplasias dependerá del tipo de cáncer y de la etapa en la que se encuentren; la recomendación del tratamiento quirúrgico es la resección total con un margen mayor a 2 cm de longitud junto con la linfadenectomía extendida⁷. Debido a que esta patología es poco frecuente, el objetivo de este artículo es exponer un caso clínico de neoplasia de yeyuno en el Hospital Universitario del estado de Puebla.



CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 67 años de edad,, originaria y residente de Puebla, con antecedentes crónico-degenerativos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia venosa periférica y osteoporosis y quirúrgicos de histerectomía abdominal y salpingooforectomía bilateral secundaria a cistoadenoma.

Cursa durante 3 semanas con intolerancia a la vía oral, dolor abdominal de tipo punzante en epigastrio y región retroesternal intenso 8/10 en escala visual análoga, de tipo cólico, intermitente, sin irradiaciones, atenuantes ni exacerbantes, acompañado de distensión abdominal, náuseas y emesis, al interrogatorio dirigido refiere canalización de gases y evacuaciones presentes Bristol 5; por lo que en su primera visita al servicio de urgencias se indica tratamiento médico con trimebutina, omeprazol y ciprofloxacino sin mejoría clínica, por lo que acude con médico especialista en gastroenterología quien suspende antibioticoterapia y continuar con manejo sintomático, con mejoría parcial de los síntomas.

Por persistencia de la sintomatología acude al servicio de urgencias por segunda ocasión, donde se realiza una evaluación integral con estudios de laboratorio dentro de parámetros normales, se realiza ultrasonido de hígado y vías biliares (**Fig. 1.**), por localización del dolor, con resultados sin alteraciones, se da soporte con líquidos y analgesia intravenosa decidiendo alta tras mejoría clínica. Veinticuatro horas posterior a su egreso acude nuevamente a urgencias por mismo cuadro clínico donde se realiza radiografía de abdomen en dos posiciones (**Fig. 2**) donde se observa coprostasis y se realiza fosfoenema con sospecha de impactación fecal, se realizan radiografías de control a las 21 horas (**Fig. 3**) donde se observa gas distal hasta ampulla rectal, aun con coprostasis, pero sin datos sugerentes a oclusión y sin hallazgos de importancia por lo que se decide dar nuevamente de alta.



Figura 1. Ultrasonido Hígado y vías biliares con vesícula biliar de 11.9 cc de volumen y pared de 2.7 mm

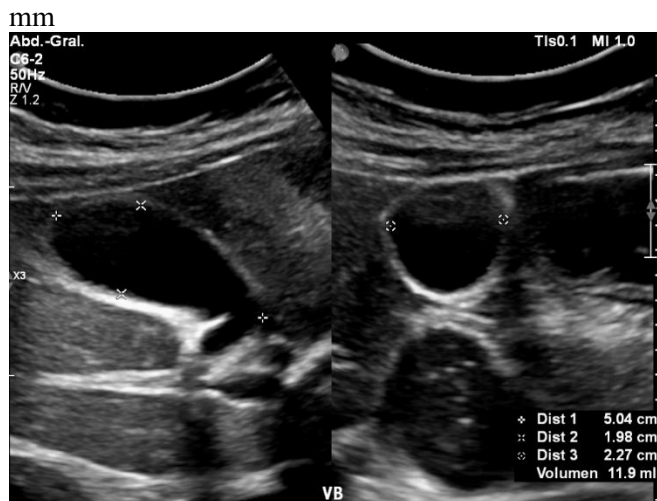


Figura 2. Radiografía AP de abdomen en bipedestación y decúbito a las 17 horas



Figura 3. Radiografía AP de abdomen en bipedestación y decúbito a las 21 horas



Dos días posterior a último egreso por persistencia de dolor en epigastrio y tolerancia parcial a la vía oral paciente se realiza de manera externa una endoscopia diagnóstica (**Fig. 4**). Por hallazgos es referida nuevamente a nuestra unidad para su valoración donde se realiza interconsulta al servicio de cirugía general.

Figura 4. Endoscopia diagnóstica que muestra esofagitis grado B de la clasificación de los Ángeles, gastropatía inespecífica, divertículo duodenal, datos sugestivos de oclusión intestinal por reflujo de contenido intestinal a Duodeno



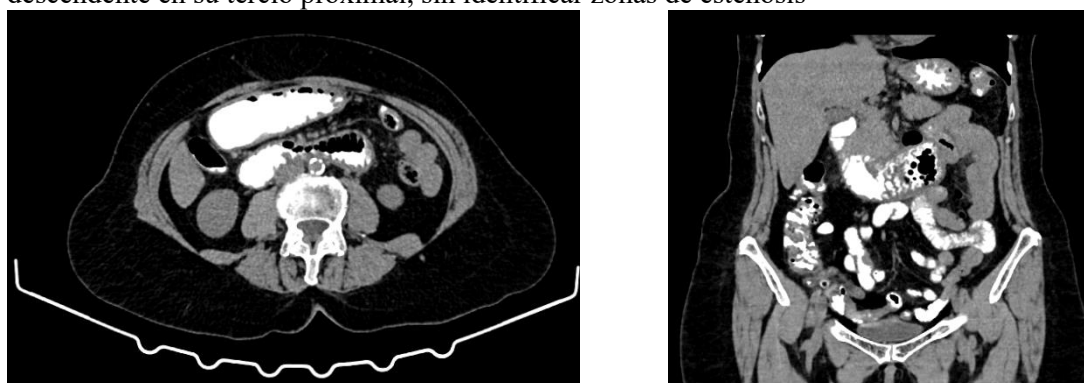
Durante la valoración por el servicio antes mencionado, se observa abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo y distensión abdominal, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en marco cólico, rebote ausente, peristalsis presente, disminuida en intensidad y frecuencia, timpánico a la percusión, se evalúa con nueva radiografía de abdomen en dos posiciones la cual no se identifican datos de oclusión con gas distal. (**Fig. 5**).

Figura 5. Radiografía AP de abdomen en decúbito y bipedestación



En ausencia de datos de urgencia quirúrgica, se decidió manejo conservador con ayuno, hidratación intravenosa, inhibidor de bomba de protones y procinético. Posteriormente, se indicó tomografía computarizada simple y contrastada (vía oral e intravenosa) de abdomen y pelvis para localización del sitio de transición, se encuentra diafragma de morfología habitual con ascenso de la unión gastroesofágica a través del hiato de hasta 16.2 mm; estómago de situación normal con adecuada distensión, intestino delgado en todas sus porciones con características normales. Colon de trayecto y calibre habitual con discreto espasmo a nivel del colon descendente y sigmoides. Apéndice cecal de localización post ileal, neumatizada con un diámetro de hasta 5.2 mm (**Fig. 6**).

Figura 6. Tomografía simple y contrastada de abdomen y pelvis donde se reporta que tras la administración del medio de contraste oral se observa adecuado tránsito desde el estómago hasta el colon descendente en su tercio proximal, sin identificar zonas de estenosis



La tomografía computarizada de abdomen no evidenció datos sugestivos de oclusión intestinal solo se menciona la presencia de hernia hiatal tipo I y coprostasis. Durante su estancia intrahospitalaria, la paciente cursó con episodios de emesis de características gastro alimentarias, se administró tratamiento

antiemético. Por los datos de imagen y al no mostrar reactantes de fase aguda en laboratorios se sospecha de gastroparesia funcional, se indica tratamiento con cinitaprida y polietilenglicol con evolución clínica favorable y se decide su egreso.

Cinco días posteriores al alta reingresa por cuadro de deshidratación moderada y datos clínicos de oclusión intestinal alta, por estudio de imagen previo con sospecha de estenosis cercana a ángulo de Treitz. Se inició reposición hídrica con soluciones intravenosas y se estableció preparación preoperatoria para manejo quirúrgico. Se Realiza 24 horas posterior a reingreso laparotomía exploradora con los siguientes hallazgos: dilatación de yeyuno pre estenótica a 8 cm del Treitz donde se palpa tumoración de aproximadamente 1.5 cm con lesiones puntiformes en mesenterio cercano a la estenosis con aspecto de implantes tumorales de 1 a 2 mm, resección con instrumento mecánico GIA, quedando anastomosis término yeyuno proximal- lateral yeyuno distal. Se realiza resección de aproximadamente 15 cm de yeyuno, a 3 cm del ligamento de Treitz resección mecánica (**Fig. 7**) y anastomosis término - lateral yeyuno-yeyunal mecánica.

Figura 7. Tumoración a 8 cm del ligamento de Treitz de aproximadamente 1.5 cm



La pieza anatómica obtenida durante la laparotomía exploradora fue remitida al servicio de patología. El análisis histopatológico reportó: adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor desde la muscular mucosae hasta la subserosa, sin rebasar la serosa, diámetro mayor de 1.6 cm con permeación vascular, con implantes en tejido adiposos de mesenterio, límites quirúrgicos libres de neoplasia, ganglios linfáticos mesentéricos con hiperplasia sinusal, sin evidencia de neoplasia. Se clasifica como T4 N0 M0, etapa clínica 3A, requiriendo quimioterapia adyuvante con adecuada respuesta al tratamiento

DISCUSIÓN

El intestino Delgado esta conformado por 3 partes (duodeno, yeyuno e íleon) representando el 75% de todo el sistema digestivo; la incidencia global del cáncer de intestino delgado es de 1 por cada 100,000 habitantes mientras que en México la prevalencia de estas neoplasias es del 0.32% de todas las neoplasias del tracto gastrointestinal⁸.

Existen cinco tipos diferentes de neoplasia de intestino, el adenocarcinoma se presenta en entre el 30 al 40%, los cuales el 57% se ubican en duodeno, 29% en yeyuno y solo 10% en el íleon⁹; se ha reportado que los adenocarcinomas que se ubican en yeyuno el 80% de los casos se desarrollan de los 50-60 cm del ligamento de Treitz, sin embargo, en el caso de esta paciente el tumor se ubicó a 8 cm del ángulo de Treitz¹⁰.

La etiología de las neoplasias de intestino delgado es multifactorial, se han considerado como factores de riesgo las toxicomanías como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, azúcar refinada, carnes rojas o ahumadas y las noxas ambientales; la fisiopatología de estas neoplasias aun no esta definida sin embargo, la literatura menciona que pueden existir mutaciones en el gen APC, que ocasiona una mala regulación de la β -catenina, que se acumula en el núcleo celular, detonando como tal la enfermedad; otra teoría es que existe una reducción de la expresión de la caderina epitelial (E - caderina); sobreexpresión de p53; pérdida de expresión del gen SMAD4 ; mutación del gen K-RAS ; inactivación de las proteínas de reparación del ADN (MisMatch Repair , MMR) e, incluso, expresión del gen HER2¹¹.

La sintomatología de estas neoplasias es inespecífica por lo que puede confundirse con otras patologías; los síntomas varían desde el dolor abdominal, vomito, nausea o anemia cuando existen lesiones ulceradas que provocan sangrado intestinal (24% de los casos) y en cuadros más avanzados, debido a su crecimiento anular, el 40% de los casos se puede producir obstrucción intestinal con dolor posprandial; el 25% de los pacientes pueden presentar una masa palpable , por lo que usualmente el examen físico puede no revelar datos importantes y detectarse en etapas tardías¹².

Debido a lo difícil que es detectar esta patología de manera clínica, se necesitan diferentes métodos de imagen como la TAC abdominal, la cual es útil para detectar el tumor primario el cual se observa como una lesión focal, irregular, con presencia de engrosamiento mural y estenosante, la TAC abdominal con



contraste oral e intravenoso tiene como objetivo mostrar el sitio exacto y la extensión de la neoplasia, así como ubicar la existencia de metástasis principalmente hepáticas, sin embargo no es eficiente en la detección de tumores pequeños primarios, con una especificidad y sensibilidad del 57 %. Otro método es el tránsito intestinal con bario, la cual es la prueba estándar para las lesiones intraluminales en la zona de duodeno y yeyuno, sin embargo, tiene poca sensibilidad (53%-83%) para las neoplasias de intestino delgado^{13,14}. En caso de esta paciente el tamaño de la lesión era de 1.5 cm por lo que no fue detectada mediante la TAC abdominal que se le realizó.

La endoscopia digestiva alta, no puede observar lesiones que existan más allá del ligamento de Treitz, pero si puede identificar tumores duodenales en un 93%¹⁵, en este caso la endoscopia se decidió realizar por la persistencia de los síntomas, observando datos que sugerían una obstrucción duodenal distal; solo cuando la sintomatología clínica progresa y comenzó con datos de oclusión intestinal se decidió intervenir quirúrgicamente.

En cuanto al tratamiento, lo ideal es la resección quirúrgica segmentaria con un margen de mínimo 5 cm, más la resección de los ganglios linfáticos locales y regionales; cuando existen lesiones adyacentes a la neoplasia, se recomienda la resección en bloque y si es una neoplasia que no se puede reseccionar con datos de oclusión intestinal, se recomienda realizar una cirugía derivativa¹⁶.

El pronóstico de estos pacientes es malo principalmente por que se detecta en etapas tardías, los factores de mal pronóstico son el sexo masculino, edad mayor de 55 años, tumores más diferenciados, tumores T4 y metástasis a distancia¹⁷.

CONCLUSIÓN

El adenocarcinoma de yeyuno es una neoplasia con una baja incidencia, que puede presentarse con síntomas inespecíficos por lo que su identificación representa un desafío diagnóstico en la práctica clínica causando que su detección sea tardía y proporcione a los pacientes un mal pronóstico y una baja tasa de supervivencia.

Conflicto de interés

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zapata Palomino, M., Arroyave, C., Gomez, C. I., Zuñiga, I., & Rojas Payán, O. A. (2024). Adenocarcinoma de yeyuno, a propósito de dos casos. *Revista Colombiana De Gastroenterología*, 39(4), 495–500. <https://doi.org/10.22516/25007440.1165>
2. Sánchez-Ramón A, Cerino-Palomino V, Medina-Franco H. Tumores de intestino delgado: experiencia en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. *Rev Gastroenterol Mex*. 2012;77(4):181-5. <https://doi.org/10.1016/j.rgmex.2012.06.004>
3. Alfonso Fernández, C. de J., Gómez Limonta, L., & Espinosa Goire, Y. (2023). *Cáncer de intestino delgado: Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento*. En *Actas del Congreso Científico (Jorcienciapdcl* 2023). <https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/jorcienciapdcl23/2023/paper/viewFile/433/575>
4. Terada T. (2012). Malignant tumors of the small intestine: a histopathologic study of 41 cases among 1,312 consecutive specimens of small intestine. *International journal of clinical and experimental pathology*, 5(3), 203–209.
5. Li, J., Wang, Z., Liu, N., Hao, J., & Xu, X. (2016). Small bowel adenocarcinoma of the jejunum: a case report and literature review. *World journal of surgical oncology*, 14(1), 177. <https://doi.org/10.1186/s12957-016-0932-3>
6. Aparicio, T., Zaanani, A., Svrcek, M., Laurent-Puig, P., Carrere, N., Manfredi, S., Locher, C., & Afchain, P. (2014). Small bowel adenocarcinoma: epidemiology, risk factors, diagnosis and treatment. *Digestive and liver disease : official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver*, 46(2), 97–104.
7. Puccini, A., Battaglin, F., & Lenz, H. J. (2018). Management of Advanced Small Bowel Cancer. *Current treatment options in oncology*, 19(12), 69. <https://doi.org/10.1007/s11864-018-0592-3>
8. Núñez Vidales, R., Martínez-Ordaz, J. L., & Estrada Castellanos, A. (2014). Prevalencia de tumores malignos primarios y metastásicos de intestino delgado. *Cirujano General*, 36(4), 214–217. <https://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v36n4/1405-0099-cg-36-04-214.pdf>



9. Khan, J., Ullah, A., Waheed, A., Karki, N. R., Adhikari, N., Vemavarapu, L., Belakhlef, S., Bendjemil, S. M., Mehdizadeh Seraj, S., Sidhwa, F., Ghleilib, I., Foroutan, S., Blakely, A. M., Del Rivero, J., Karim, N. A., Vail, E., Heneidi, S., & Mesa, H. (2022). Gastrointestinal Stromal Tumors (GIST): A Population-Based Study Using the SEER Database, including Management and Recent Advances in Targeted Therapy. *Cancers*, 14(15), 3689. <https://doi.org/10.3390/cancers14153689>
10. Bano F. Primary Jejunal Adenocarcinoma. *J. Surg. Pak.* 2013;18(2):103-104.
11. Aparicio, T., Pachev, A., Laurent-Puig, P., & Svrcek, M. (2022). Epidemiology, Risk Factors and Diagnosis of Small Bowel Adenocarcinoma. *Cancers*, 14(9), 2268. <https://doi.org/10.3390/cancers14092268>
12. Bannura C, Guillermo, Barrera E, Alejandro, Melo L, Carlos, & Illanes F, Felipe. (2012). Tumores primarios del yeyuno-íleon: correlación clínico-patológica. *Revista chilena de cirugía*, 64(3), 264-273. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262012000300008>
13. Shah, P. P., & Kothari, S. (2013). Jejunal adenocarcinoma-a case report with review. *The Indian journal of surgery*, 75(Suppl 1), 82–85. <https://doi.org/10.1007/s12262-011-0354-y>
14. Mayoral Peñalva, M., Serrano Burgos, C., Novell Teixidó, F., El Hamshari Rebollo, K., Javier Castro Consiglio, F., & Puig Domingo, J. (2018). Tumores del intestino delgado: lo que el radiólogo debe saber. *Seram*, 2(1). Recuperado a partir de <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8302>
15. Muñoz Cedeño, R. . G., Martínez Ballesteros, P. E. ., Paullan Sani, V. ., Ricaurte Enríquez, M. C. ., & Rodríguez Chica, G. N. . (2021). Adenocarcinoma de yeyuno proximal: a propósito de un caso. *Revista Colombiana De Gastroenterología*, 36(3), 377–383. <https://doi.org/10.22516/25007440.508>
16. Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, et al. Small Bowel Adenocarcinoma, Version 1.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2019 Sep 1;17(9):1109-1133. doi: 10.6004/jncn.2019.0043
17. Ahmed, N., & Rana, H. N. (2018). Primary Jejunal adenocarcinoma - An unsuspected culprit. *J. PMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 68(3), 471–474.

