

Afectación de intestino delgado en el contexto neoplásico primario y metastásico: semiología en TC para realizar el adecuado diagnostico diferencial.

Ana Campaña Marzal¹, María Vallejo Riego¹, Juan Jesús Gómez Herrera¹, Paloma Salvador Saez¹, Pablo Andrés Alvarez Reyes¹, Sandra Marcela Figueroa Reyes¹, Iago María Navarro Navarro¹, Arturo Sebastián Gross Gonzalez¹.

¹Hospital General de Segovia, Segovia

Objetivo docente

- ✓ Recordar la patología intestinal neoplásica, tanto de tumores primarios como de afectación metastásica.
 - ✓ Revisar la semiología de utilidad en TC para orientar un diagnóstico correcto entre los diferentes tipos de afectación tumoral del intestino delgado.
 - ✓ Repasar las características en TC que permiten su diferenciación de patología de intestino delgado no neoplásica.
-

Introducción

Los tumores del intestino delgado son infrecuentes (<5%)

Clínica inespecífica → Diagnóstico tardío

Principales tumores malignos:

- Adenocarcinoma
 - Tumor neuroendocrino
 - Linfoma
 - GIST
-

Técnicas de imagen

- Técnica de elección: TC con contraste ★
- Protocolo entero-TC: ayuno y contraste oral neutro



Detección > Caracterización > Estadificación



Figura 1. Entero-TC normal. TC abdominal con contraste y adecuada distensión de asas de intestino delgado, sin alteraciones parietales ni masas.

Adenocarcinoma

Epidemiología

Tumor maligno **más frecuente** del intestino delgado.

Predominio:

- Duodeno distal
- Yeyuno proximal

Factores de riesgo:

- Crohn
 - Celiaquía
 - Síndrome de Lynch
 - Poliposis adenomatosa familiar
-

Adenocarcinoma

Hallazgos en TC

Hallazgos típicos:

- Engrosamiento mural estenosante
- Masa irregular ulcerada
- Lesión polipoidea endoluminal
- Realce moderado

Complicaciones:

- Obstrucción
 - Invasión mesentérica
 - Metástasis ganglionares
-



Figura 2. TC con contraste (axial) que muestra masa periaampular compatible con adenocarcinoma duodenal confirmado histológicamente.

*Las lesiones periampulares pueden presentar un diagnóstico diferencial amplio en TC (ampuloma, colangiocarcinoma distal, adenocarcinoma duodenal).

Tumor neuroendocrino

Segundo tumor maligno más frecuente.

Localización típica → íleon distal

Puede ser multifocal

Hallazgos en TC

- Lesión submucosa hipervascular
- Mejor visible en fase arterial
- Frecuente: masa mesentérica espiculada
- Reacción desmoplásica

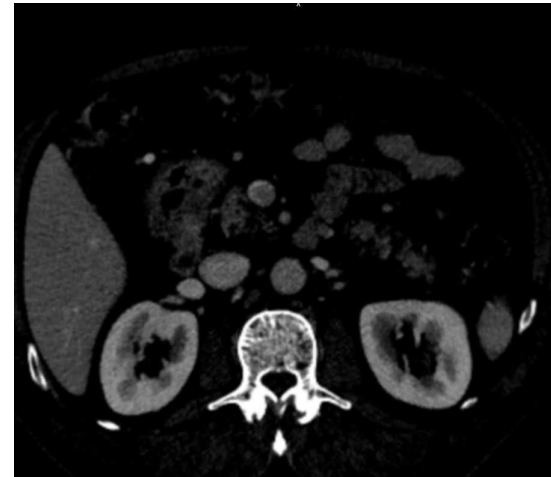


Figura 3. TC abdominal con contraste (axial) que muestra masa mesentérica con retracción de asas intestinales, sugestiva de tumor neuroendocrino.

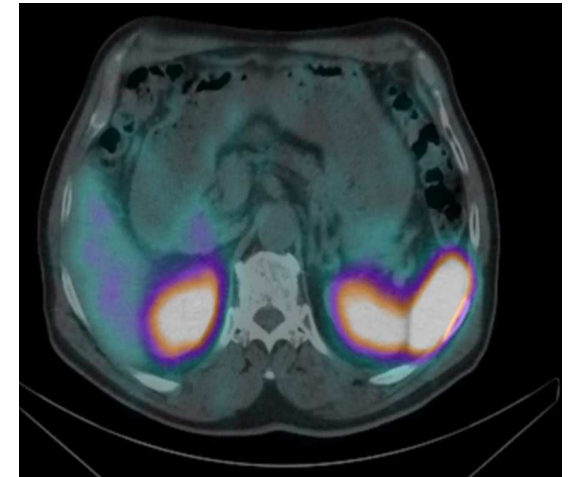


Figura 4. PET/TC con análogo de somatostatina que demuestra intensa captación del radiotrazador en la lesión tumoral, compatible con tumor neuroendocrino.

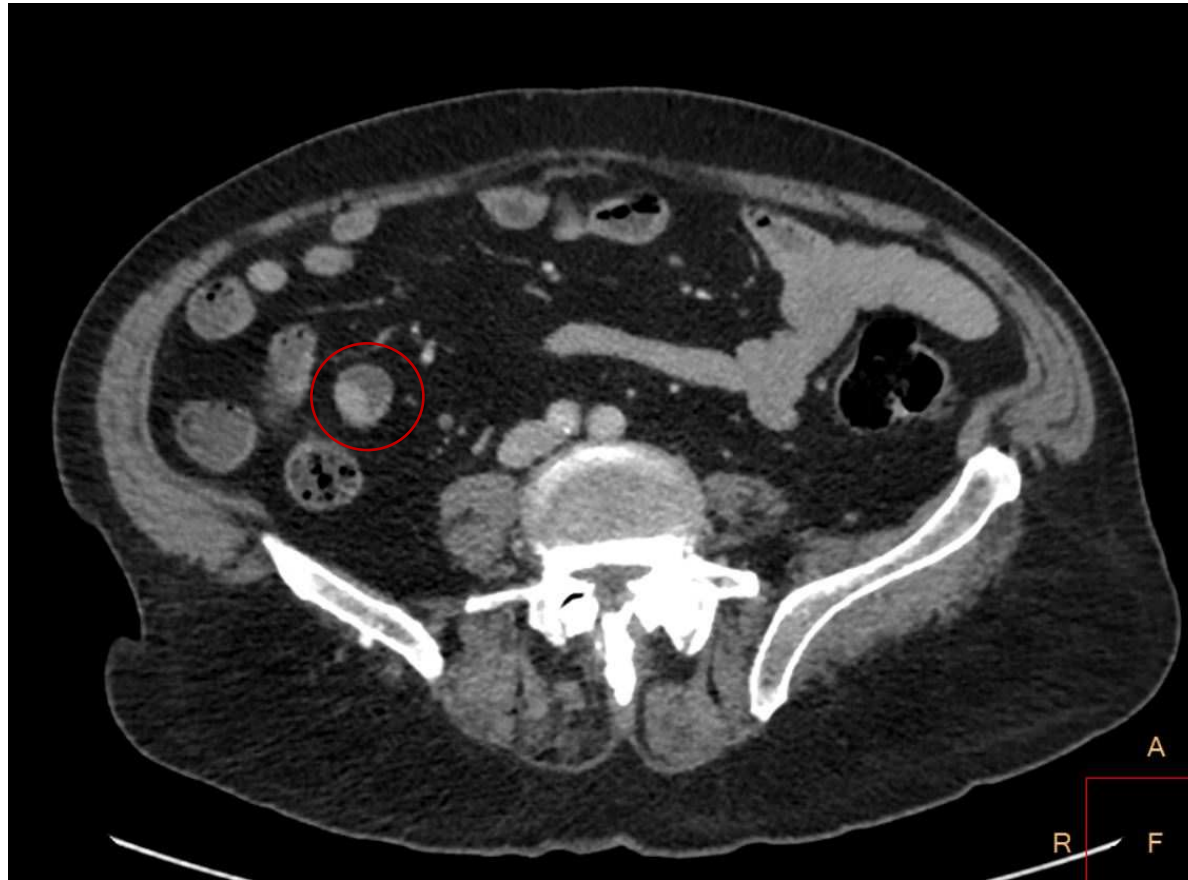


Figura 5. TC abdominal con contraste intravenoso (axial) que muestra leve engrosamiento mural hipercaptante en íleon terminal, adyacente a la válvula ileocecal, en relación con tumor neuroendocrino..

GIST

Epidemiología

Tumor mesenquimal (origen en células intersticiales de Cajal)

Localización frecuente → yeyuno

Hallazgos en TC

- Masa exofítica bien delimitada
 - Realce heterogéneo
 - Necrosis central frecuente
 - Metástasis a hígado y peritoneo
-

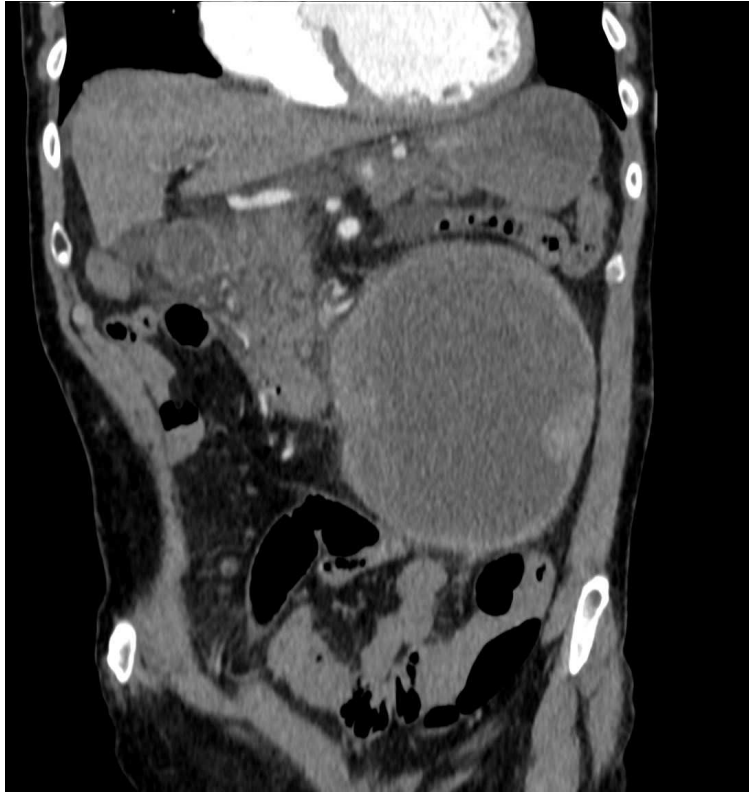


Figura 6. GIST de intestino delgado. TC con contraste intravenoso en plano coronal que muestra una masa exofítica bien delimitada dependiente de un asa intestinal, con áreas centrales hipodensas sugestivas de necrosis intratumoral.

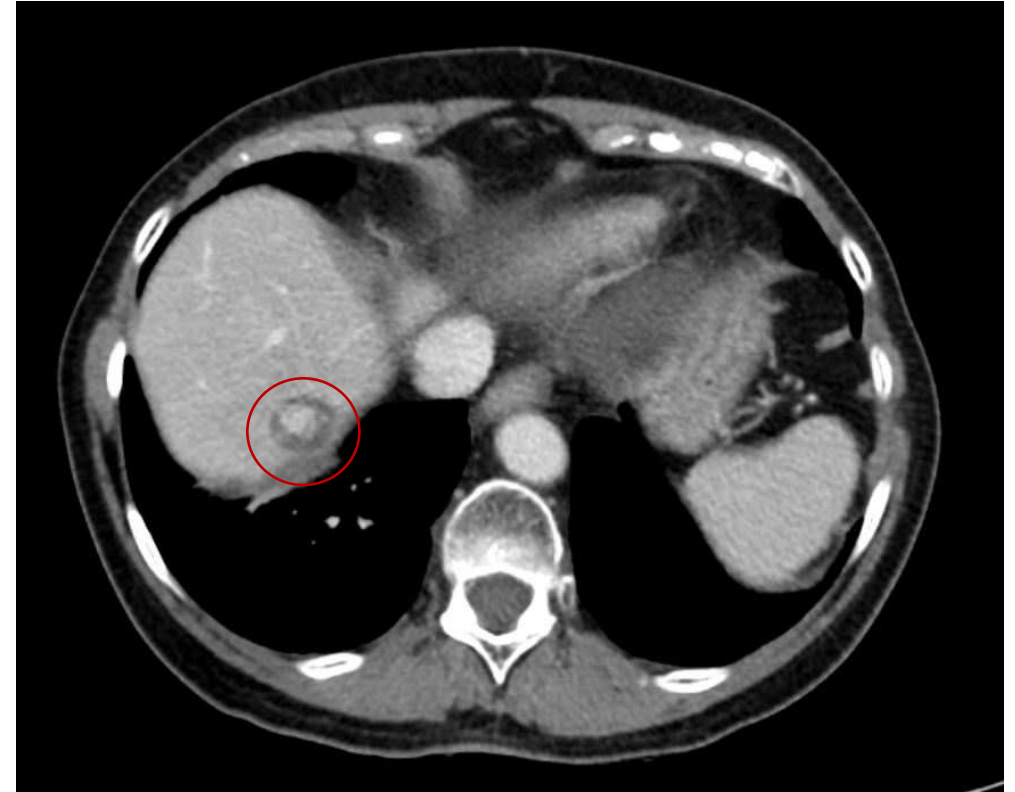


Figura 7. TC con contraste (axial): cambios postratamiento en segmento VIII con lesión nodular realizada sugestiva de recidiva de metástasis de GIST.

Linfoma intestinal

15-20% de tumores de intestino delgado

Localización frecuente → íleon y yeyuno

Hallazgos en TC

- Engrosamiento mural difuso
 - Dilatación aneurismática
 - Adenopatías voluminosas
 - Escasa obstrucción intestinal
-



Figura 8 (A, B). TC con contraste (axial y coronal respectivamente): Marcado engrosamiento parietal de los últimos 8 cm del íleon distal, íleon terminal y región cecoapendicular, en relación con linfoma.

Metástasis en intestino delgado

Tumores primarios frecuentes

- ❖ Melanoma
- ❖ Cáncer de mama
- ❖ Pulmón
- ❖ Páncreas
- ❖ Colon

Hallazgos en TC

- Masas polipoideas
 - Lesiones submucosas
 - Invaginación intestinal
 - Sangrado digestivo
-

Diagnóstico diferencial: patología no tumoral

Entidades que simulan tumor

- ❖ Enfermedad de Crohn
- ❖ Enteritis infecciosa
- ❖ Isquemia intestinal
- ❖ Enteritis por radiación

Hallazgos sugerentes de inflamación

- Engrosamiento simétrico
 - Hiperemia de la mucosa
 - Edema mesentérico
 - Afectación de un segmento largo
-



Figura 9. TC con contraste intravenoso (coronal): corto segmento de íleon terminal con infiltración grasa mural sugestiva de Crohn crónico.



Figura 10. TC con contraste intravenoso (axial): asas de íleon terminal localizadas en flanco derecho presentan un aumento del espesor parietal con edema submucoso en relación con cambios inflamatorios/infecciosos.

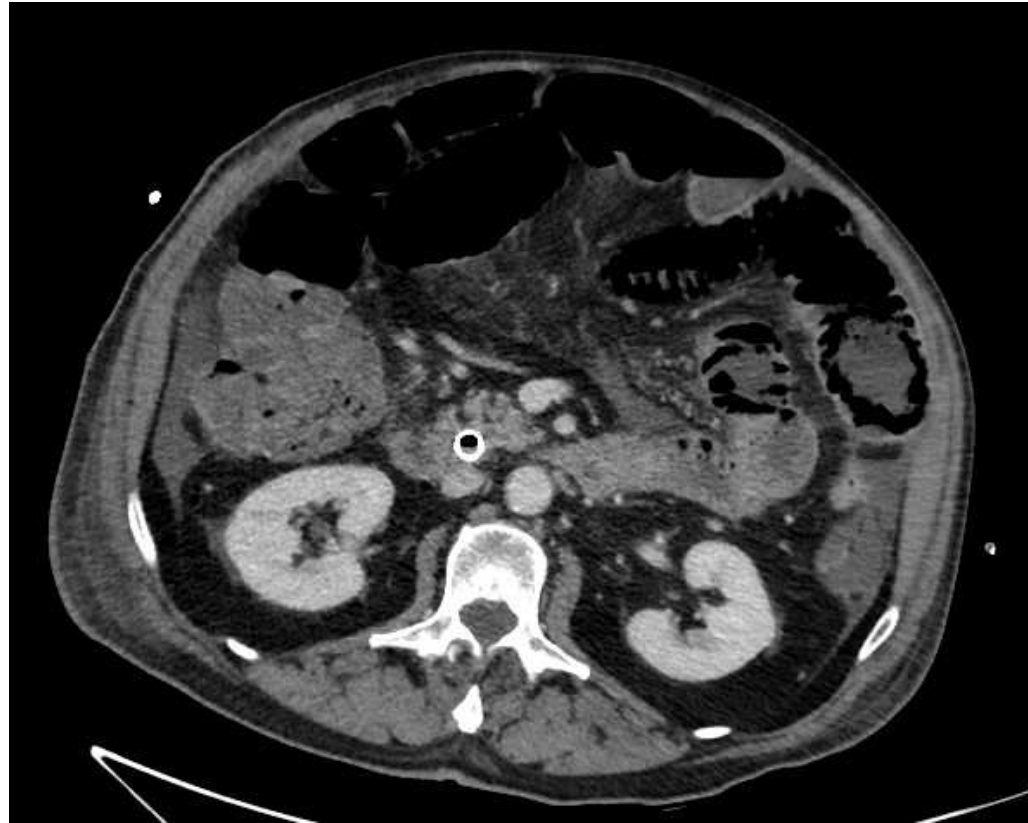


Figura 11. TC con contraste (axial) que muestra neumatosis intestinal, hallazgo sugestivo de isquemia intestinal.

Tabla diferencial

Tumor	Localización típica	Hallazgo principal	Realce	Otros datos
Adenocarcinoma	Duodeno / yeyuno proximal	Engrosamiento estenosante	Moderado	Obstrucción
Neuroendocrino	Íleon distal	Lesión submucosa	Hipervascular	Masa mesentérica
GIST	Yeyuno	Masa exofítica	Heterogéneo	Necrosis
Linfoma	Íleon / yeyuno	Engrosamiento difuso	Leve	Dilatación aneurismática
Metástasis	Variable	Masa polipoidea	Variable	Invaginación

Tabla diferencial no tumoral

Entidad	Características
Crohn	Engrosamiento segmentario + estriación grasa mesentérica
Isquemia	Edema mural + neumatosis
Enteritis	Afectación de segmento largo y simétrico
Hematoma	Hiperdensidad mural

Conclusiones

- ✓ Las neoplasias de intestino delgado son infrecuentes, pero clínicamente relevantes
 - ✓ TC como técnica de elección para su evaluación
 - ✓ El conocimiento de la semiología radiológica característica permite orientar el diagnóstico diferencial
 - ✓ Una tabla diferencial basada en TC facilita la diferenciación entre tumores y patología no tumoral
-

Bibliografía

1. Pérez-Lafuente B, Durán Lojo S, da Silva Torres M, Suárez Silva C, Saiz Abad B, Crespo García C. Tumores malignos de intestino delgado: una revisión iconográfica. *Radiología*. 2026. doi:10.1016/j.rx.2026.501807. Schiappacasse G, Labra A, Laguna JP, Mercado F, Lara B. Imaging characterization of small bowel tumors resected at our institution between 2017 and 2020. *Rev Chil Radiol*. 2022;28(2):48-56.
 2. Schiappacasse G, Labra A, Laguna JP, Mercado F, Lara B. Imaging characterization of small bowel tumors resected at our institution between 2017 and 2020. *Rev Chil Radiol*. 2022;28(2):48-56. doi:10.24875/RCHRAD.22000019. The Radiology Assistant. Small bowel tumors. Available from: <https://radiologyassistant.nl>
 3. Pellisé M, Castells A. Tumores del intestino delgado. En: Intestino delgado y colon. Hospital Clínic de Barcelona.
 4. Mayoral Peñalva M, Serrano Burgos C, Novell Teixidó F, El Hamshari Rebollo K, Castro Consiglio FJ, Puig Domingo J. Tumores del intestino delgado: lo que el radiólogo debe saber. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (Barcelona).
 5. The Radiology Assistant. Small bowel tumors [Internet]. Available from: <https://radiologyassistant.nl/abdomen/bowel/small-bowel-tumors>
-