

Tumores del intestino delgado: claves radiológicas para un reto diagnóstico

Irene De los Rios Alonso, Marcos Martínez Juste, Oscar Arley Medina Alfonso,
Rita Lacruz Sanz, Xavier Giménez Comet, Ana Coma Muñoz,
Sandra Castro Boix, David Armario Bel

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

OBJETIVO DOCENTE

- Describir las **características radiológicas** de los tumores del intestino delgado diagnosticados en nuestro centro de tercer nivel.
 - Analizar **entidades simuladoras** de patología oncológica en el intestino delgado.
 - Proponer un **algoritmo de diagnóstico** diferencial claro y práctico fundamentado en hallazgos clínicos y radiológicos.
-

REVISIÓN DEL TEMA

- **Tumores poco frecuentes**
- **Diagnóstico tardío:** silente en fases iniciales e inespecificidad de los síntomas
- Técnicas diagnósticas:
 - **Técnicas endoscópicas convencionales:** no permiten la exploración completa del intestino delgado (ID)
 - **Cápsula endoscópica:** detección de lesiones intraluminales, pero presenta limitaciones para localización, tamaño y extensión extraluminal
 - **TC y RM:** esenciales para valoración de tumores de ID

El ID representa el 90% de la superficie mucosa del tracto gastrointestinal, pero los tumores de ID representan **<5% de las neoplasias digestivas**

75% de los tumores de ID detectados en autopsias son benignos, pero la mayoría de los tumores de ID sintomáticos son malignos → **importancia de la detección temprana en pacientes sintomáticos**

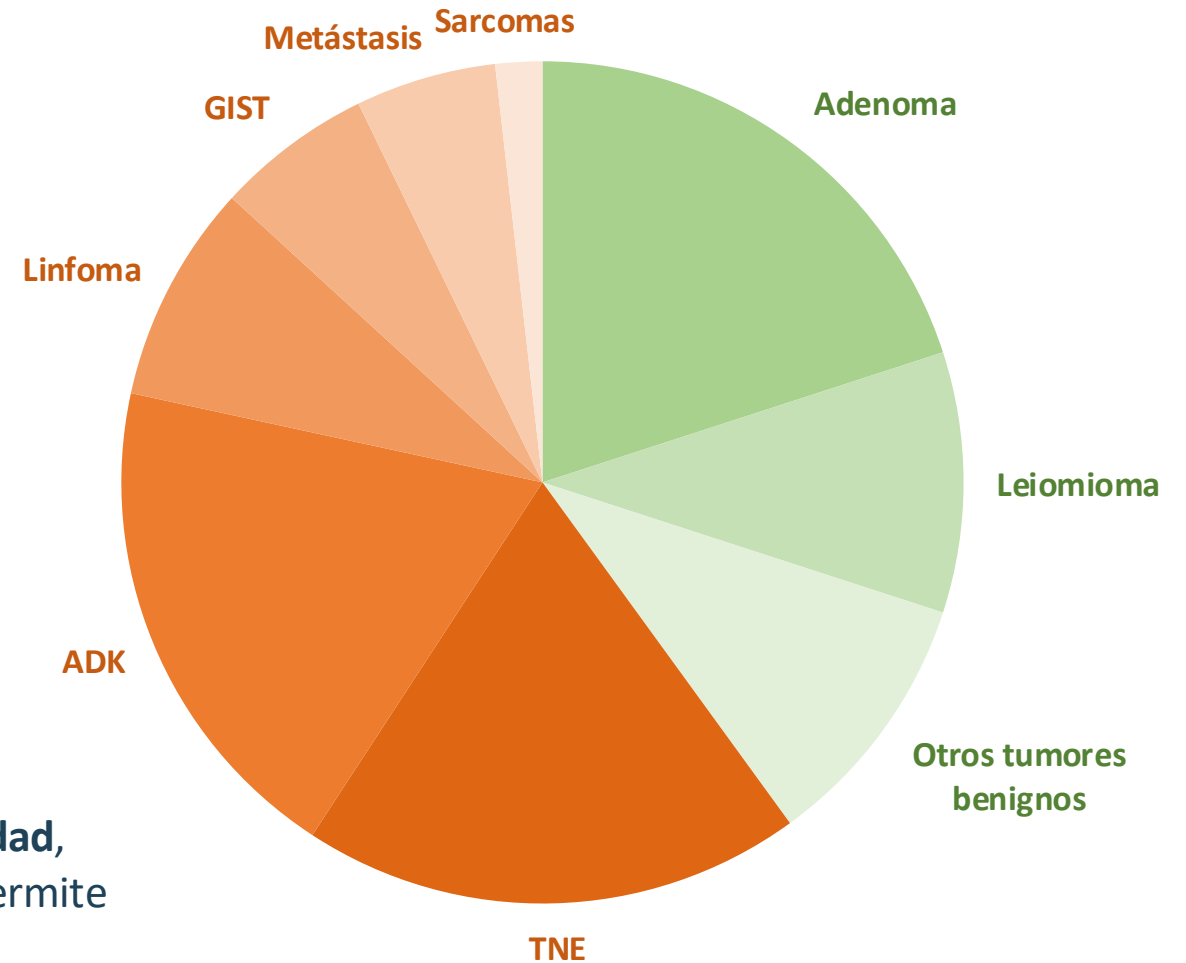
- **Tumores benignos:**

- 0,5-2% de los tumores gastrointestinales [1]
- Características: morfología redondeada, realce homogéneo, bordes bien definidos

- **Tumores malignos:**

- Históricamente el **adenocarcinoma** (ADK) ha sido el tumor maligno más frecuente del ID, pero en las últimas décadas, los **tumores neuroendocrinos** (TNE) han ido aumentando en frecuencia hasta superarlo [1,3]
- Características: bordes irregulares, realce heterogéneo, invasión

Muchos hallazgos en las pruebas de imagen son inespecíficos. Un análisis estructurado - considerando **localización, multiplicidad, patrón de vascularización, morfología y signos radiológicos** - permite en muchos casos orientar el origen del tumor.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Localización

Múltiples

Hipervascularización

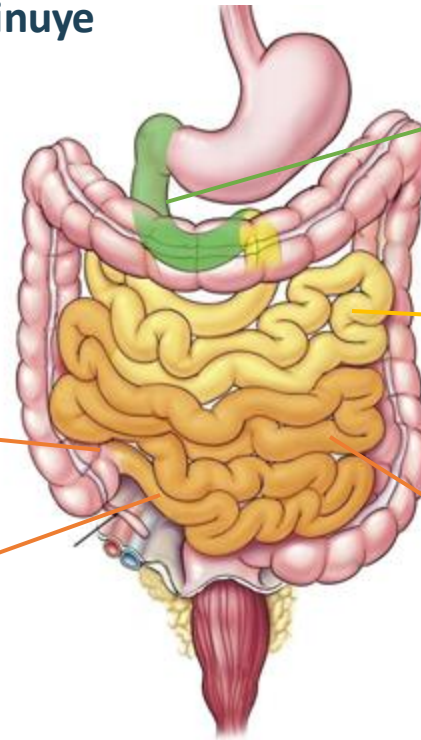
Morfología

Pistas diagnósticas

La frecuencia de los tumores del ID **disminuye** desde el segmento proximal hacia el distal y cada **subtipo histológico** tumoral presenta **predilección** por distintos segmentos del ID.

Adenoma
Lipoma

TNE
Linfoma de células B



Adenoma
Adenocarcinoma (+++)

Leiomioma
Hemangioma
Adenocarcinoma (+)
GIST (+++)
Leiomiosarcoma (+++)
Linfoma de células T

GIST (+)
Leiomiosarcoma (+)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Localización

- Duodeno:
adenoma, ADK
- Yeyuno:
leiomioma,
hemangioma,
ADK,
leiomiosarcoma,
linfoma T, GIST
- Íleon: GIST, TNE,
linfoma B
- Válvula
ileocecal:
adenoma,
lipoma

Múltiples

- M1
- Síndromes de
poliposis
(Peutz-Jeghers...)
- Linfomas
(linfoma del manto,
linfoma folicular...)
- TNE
- GIST (NF tipo 1)

Hipervascularización

- Hemangioma
- TNE
- GIST

Morfología

- Engrosamiento
mural:
 - Concéntrico
 - Asimétrico: ADK
- Dilatación
aneurismática:
linfoma
- Tipo masa:
GIST, linfoma,
leiomiosarcoma

Pistas diagnósticas

- Adenopatías:
linfoma, ADK
- Obstrucción:
ADK
- Perforación,
rotura,
sangrado: GIST,
leiomiosarcoma
- Reacción
desmoplásica:
TNE

LISTA DE CASOS

TUMORES BENIGNOS

Adenomas

- [Caso 1 - Adenoma duodenal](#)

Lipomas

- [Caso 2 - Lipoma duodenal](#)
- [Caso 3 - Lipomas duodenales](#)

Leiomiomas

- [Caso 4 - Leiomioma yeyunal](#)

Tumores neurogénicos

- [Caso 5 - Schwannoma ileal invaginado](#)

Pólipos/Síndromes polipoides

- [Caso 6 - Pólipo fibroide inflamatorio](#)
- [Caso 7 - Pólipos hamartomatosos en el Síndrome de Peutz Jeghers](#)

TUMORES MALIGNOS

Adenocarcinoma

- [Caso 8 - ADK ileal](#)
- [Caso 9 - ADK duodenal](#)
- [Caso 10 - ADK yeyunal](#)

Tumores neuroendocrinos

- [Caso 11 y 12 - TNE ileales](#)
- [Caso 13 y 14 - TNE metastásicos](#)

GIST

- [Caso 15 y 16 - GIST no complicados](#)
- [Caso 17 y 18 - GIST complicados](#)
- [Caso 19 y 20 - GIST en NF1](#)

Linfomas

- [Caso 21 - Linfoma B de células grandes ileal](#)
- [Caso 22- Linfoma folicular yeyunal](#)
- [Caso 23 - Linfoma T periférico ileal](#)
- [Casos 24 y 25 - Linfomas de Burkitt](#)

Sarcomas

- [Caso 26 - Sarcoma de células claras](#)

Tumores secundarios

- [Caso 27 - Metástasis de melanoma](#)
- [Caso 28 - Metástasis de cáncer de mama](#)

PATOLOGÍA SIMULADORA

Patología congénita

- [Caso 29 - Páncreas ectópico ileal](#)
- [Caso 30 - Quiste de duplicación ileal](#)

Patología diverticular

- [Caso 31 y 32 - Diverticulitis duodenal](#)
- [Caso 33 - Divertículo de Meckel](#)

Patología infecciosa

- [Caso 34 - Anisakis](#)
- [Caso 35 - Actinomyces](#)

Patología inflamatoria

- [Caso 36 - Endometriosis intestinal](#)

Tumores benignos derivados del **epitelio glandular**

Localización: **duodeno**, cerca de la ampolla de Vater

Características:

- Tubular, túbulo-velloso o vellosa
- Lesiones intraluminales sésiles o pediculadas, de **superficie lisa y realce homogéneo**
- Generalmente < 2 cm
- Habitualmente solitarios, pero múltiples en síndromes genéticos

Clínica: asintomáticos

Complicaciones: obstrucción, riesgo de transformación maligna, mayor riesgo de cáncer colorrectal

IMPORTANTE

Adenoma y GIST son tumores benignos con **riesgo de malignización**



TC abdominal con contraste endovenoso. Varón de 53 años que presenta una tumoración endoluminal ovalada (flecha) en la 3ª porción duodenal con un realce de contraste homogéneo. La biopsia endoscópica confirmó que se trataba de un adenoma túbulo-velloso.

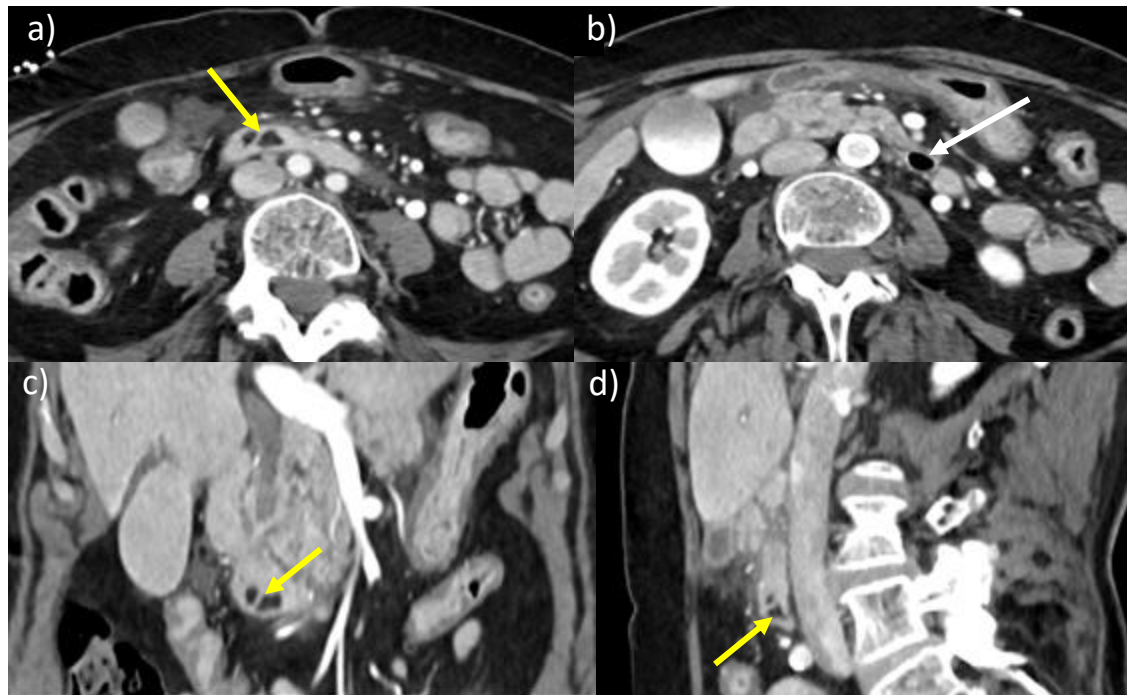
Localización: íleon > yeyuno

Características: tumores submucosos formados por **tejido adiposo maduro**

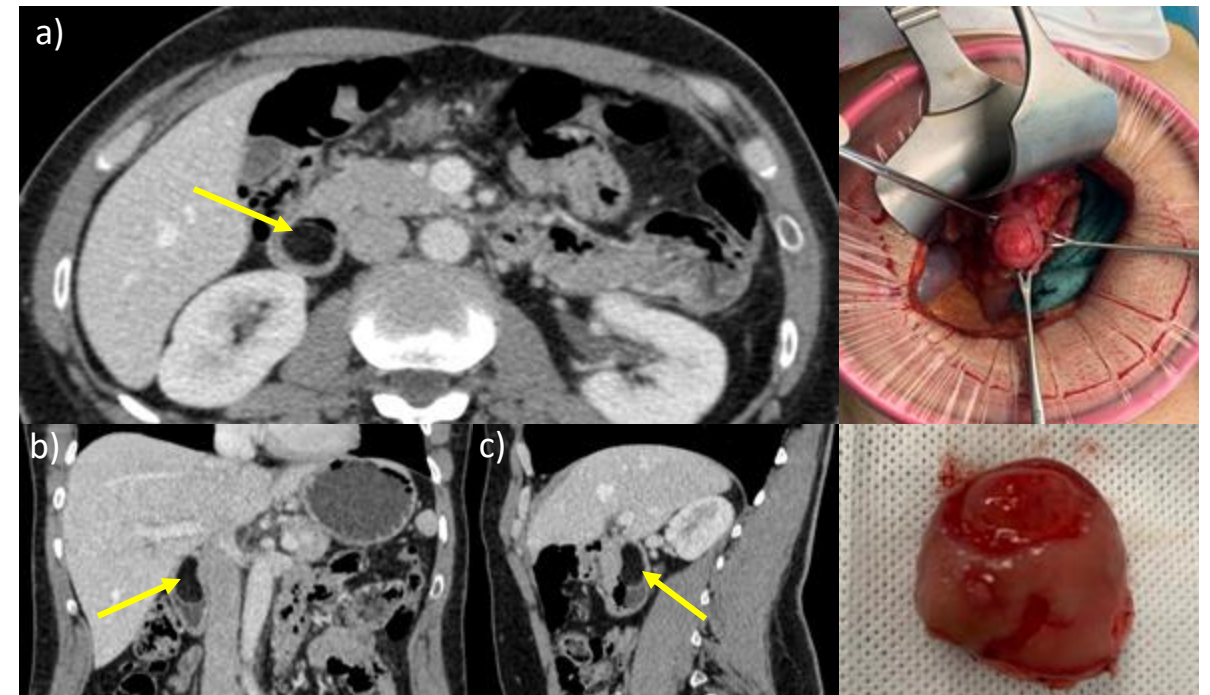
- TC: masa ovoidea, sésil o pediculada, de bordes bien definidos, aspecto homogéneo y **atenuación grasa (-40 a -120 UH)**
- RM: señal grasa en todas las secuencias

Clínica: asintomáticos

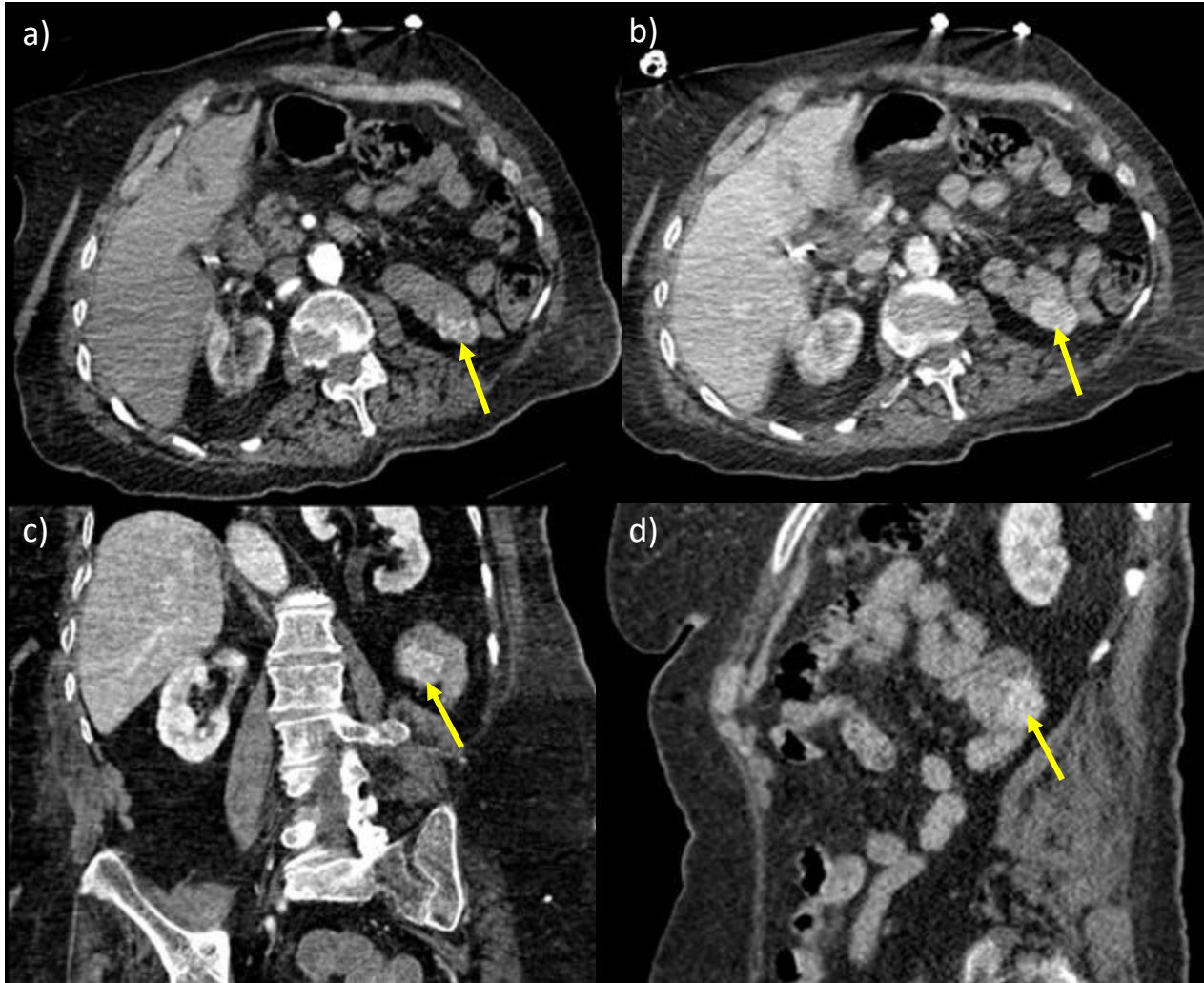
Complicaciones: obstrucción intermitente por invaginación o hemorragia digestiva por ulceración



TC abdominal con contraste endovenoso en planos axial (a,b), coronal (c) y sagital (d). Se muestran dos lesiones bien delimitadas de **densidad grasa** en la 3ª porción duodenal, compatibles con lipomas (flechas amarillas). Pequeño divertículo (densidad aire) en la 4ª porción duodenal (flecha blanca).



TC abdominal con contraste endovenoso en planos axial (a), coronal (b) y sagital (c). Paciente de 48 años con hemorragia digestiva. La TC muestra un tumor de ID con **componente grasa** (flechas) que ocupa casi la totalidad de la luz intestinal. La imagen intraoperatoria y de la pieza quirúrgica muestran un lipoma ulcerado.



TC abdominal con contraste endovenoso con imágenes en planos axial (a,b), coronal (c) y sagital (d). Mujer de 83 años con hallazgo incidental de una lesión nodular bien definida de 25 mm en yeyuno proximal (flechas), **hipervascular** en fases arterial y venosa, compatible con leiomioma.

Tumor mesenquimal derivado del **músculo liso** de la pared intestinal

Localización: **yeyuno**

Características:

- TC/RM: lesión solitaria, **ovoidea, de márgenes bien definidos y realce homogéneo**
- Lesiones grandes pueden presentar calcificaciones o ulcerarse

Complicaciones:

- Invaginación intestinal, obstrucción, hemorragia digestiva por ulceración mucosa
- En lesiones grandes (>6 cm), irregulares o que asocien adenopatías → sospechar degeneración maligna (leiomiosarcoma)

IMPORTANTE

Indistinguible de GIST solo por imagen; por IHQ:

- Leiomiomas: **actina/desmina (+) CD117/DOG1 (-)**
- GIST: **CD117/DOG1 (+)**

Schwannoma

Origen: células de Schwann mielinizantes

Clínica: asintomáticos o sintomáticos por complicaciones (invaginación, sangrado...)

Características:

- TC/RM: masa submucosa **bien delimitada con realce homogéneo tras contraste**
- Diagnóstico diferencial por histología e inmunología: **S-100 y vimentina (+)**
CD117, desmina y actina (-)

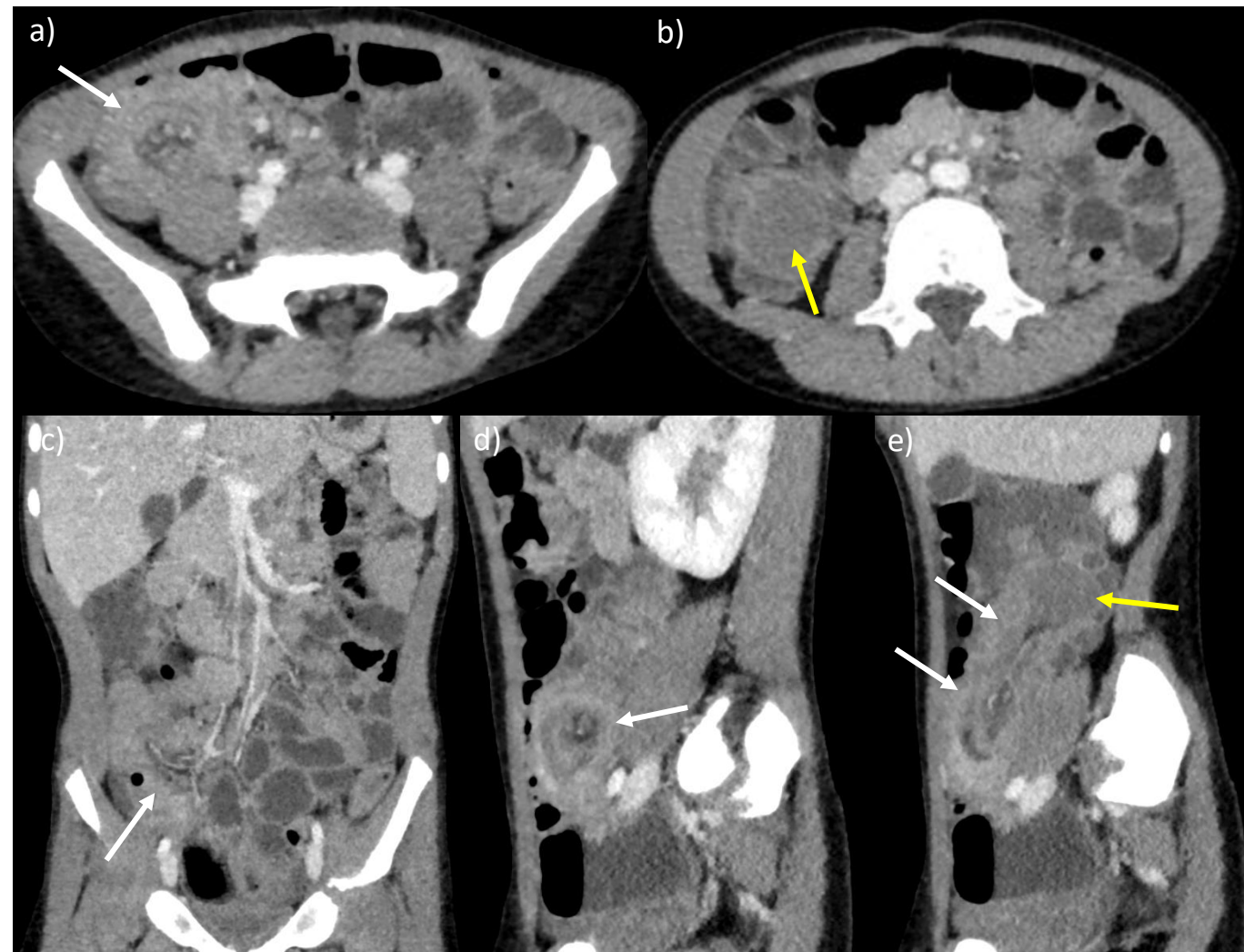
Neurofibroma

Origen: células de Schwann, fibroblastos y otros elementos

Clínica: asintomáticos o clínica por complicaciones

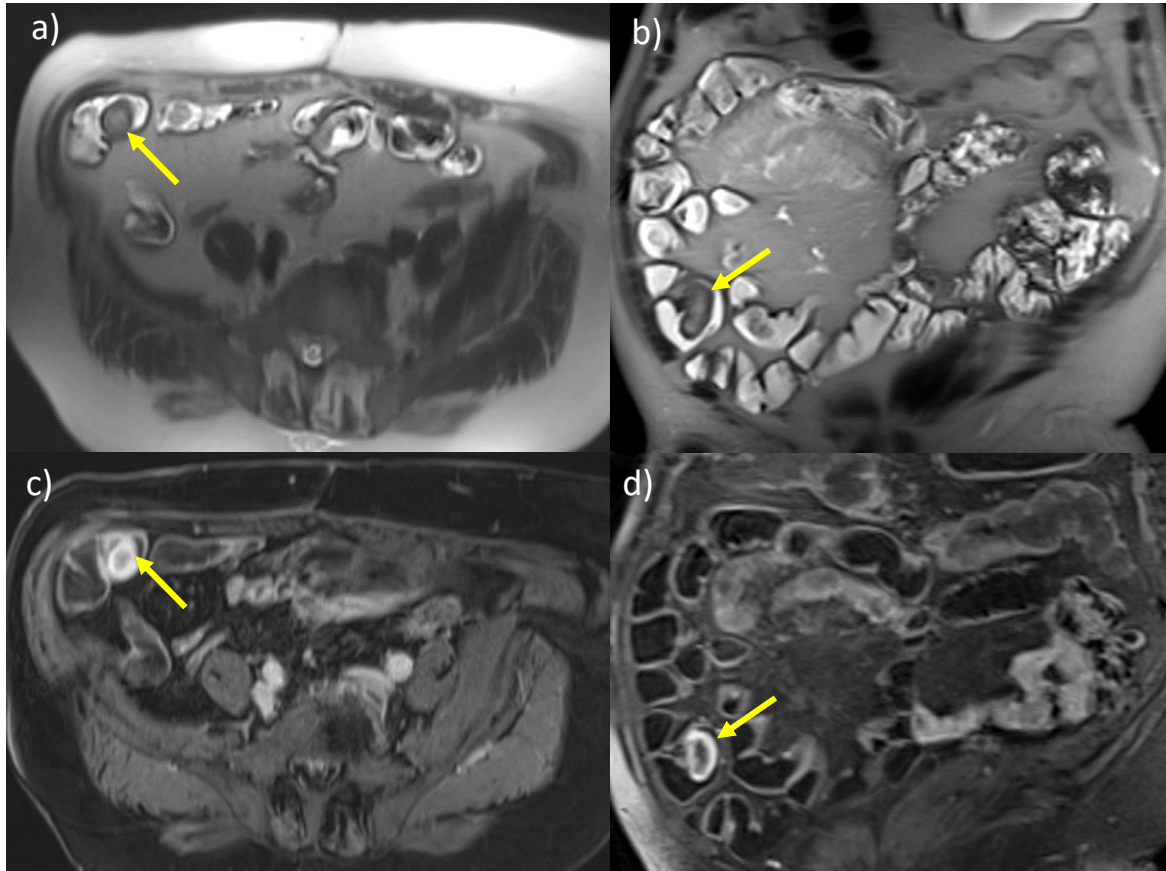
Características:

- TC/RM: masa submucosa **fusiforme, mal delimitada e hipodensa, sin realce significativo**
- Asociado a síndromes sistémicos como **neurofibromatosis tipo 1**, donde son múltiples y de aparición más precoz; raramente aislados



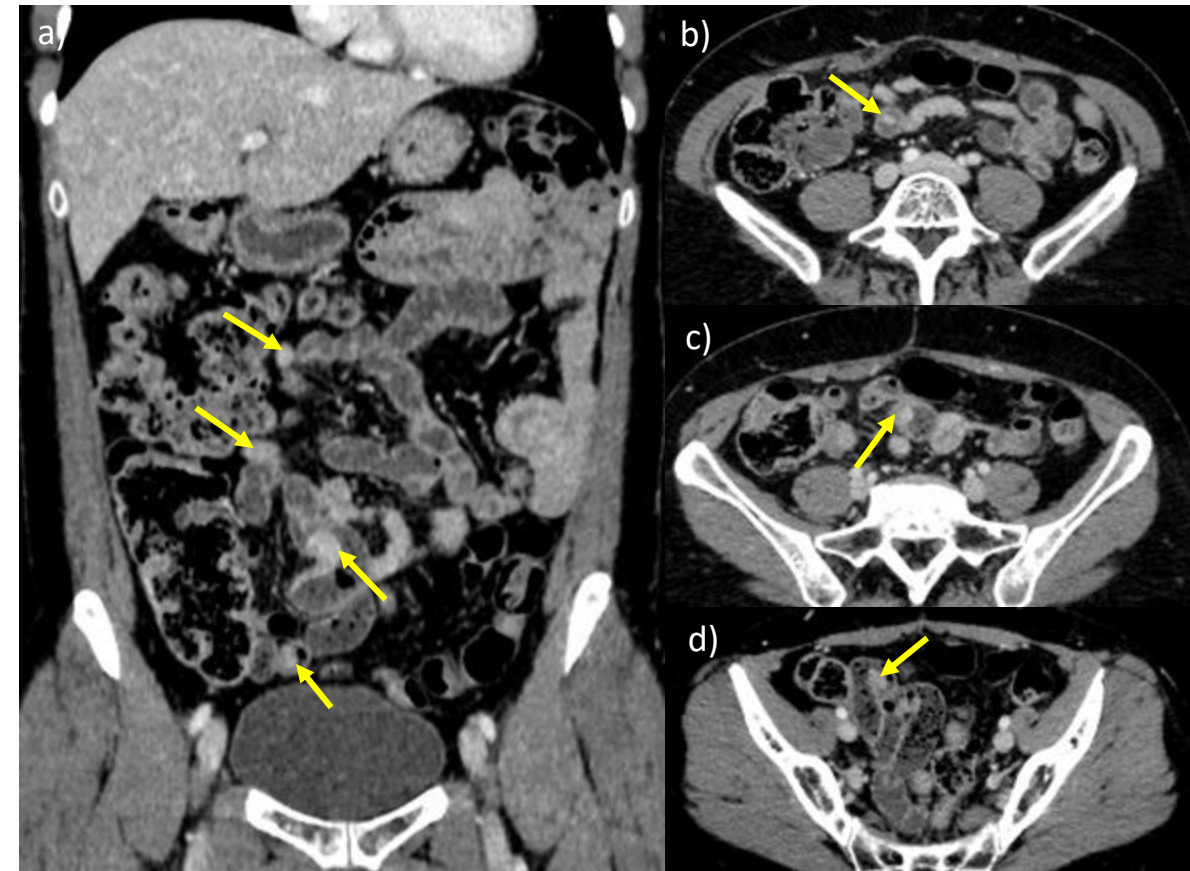
TC abdominal con contraste endovenoso con imágenes en planos axial (a,b), coronal (c) y sagital (d,e). Niño de 7 años con dolor abdominal. Se muestra una invaginación ileocólica de 5 cm (flechas blancas), con una imagen redondeada bien delimitada y de contenido homogéneo (flecha amarilla) a nivel de la cabeza de la invaginación. Tras la cirugía, el estudio histológico confirmó que la lesión correspondía a un **schwannoma submucoso ileal invaginado**.

Pólipo fibroide inflamatorio



EnteroRM con contraste oral y endovenoso, con imágenes en secuencias potenciadas en T2 HASTE en planos axial (a) y coronal (b), y T1 fatsat post-contraste en planos axial (c) y coronal (d). Varón de 62 años en estudio por anemia. Se muestra una lesión intraluminal en íleon distal (flechas) **pediculada**, de bordes bien definidos y con **intenso realce de sus paredes tras la administración de contraste**. La AP dio el diagnóstico final de polipo fibroide inflamatorio.

Síndrome de Peutz-Jeghers



TC abdominal con contraste endovenoso en planos coronal (a) y axial (b,c,d). Múltiples lesiones polipoides de morfología y tamaño variables en ID (flechas), compatibles con **pólipos hamartomatosos** en un paciente con síndrome de Peutz-Jeghers, una enfermedad autosómica dominante asociada a **mayor riesgo de adenocarcinoma gastrointestinal** y a complicaciones agudas secundarias a los pólipos, como invaginación y hemorragia digestiva.

Neoplasia maligna originada del **epitelio glandular**

Edad: 50-70 años

Localización: **duodeno y yeyuno proximal**

Factores de riesgo: síndromes de poliposis, sd. de Lynch, enf. celíaca, enf. de Crohn...

Clínica: síntomas inespecíficos como dolor abdominal, náuseas, vómitos, pérdida de peso, sangrados intestinales, anemia, ictericia

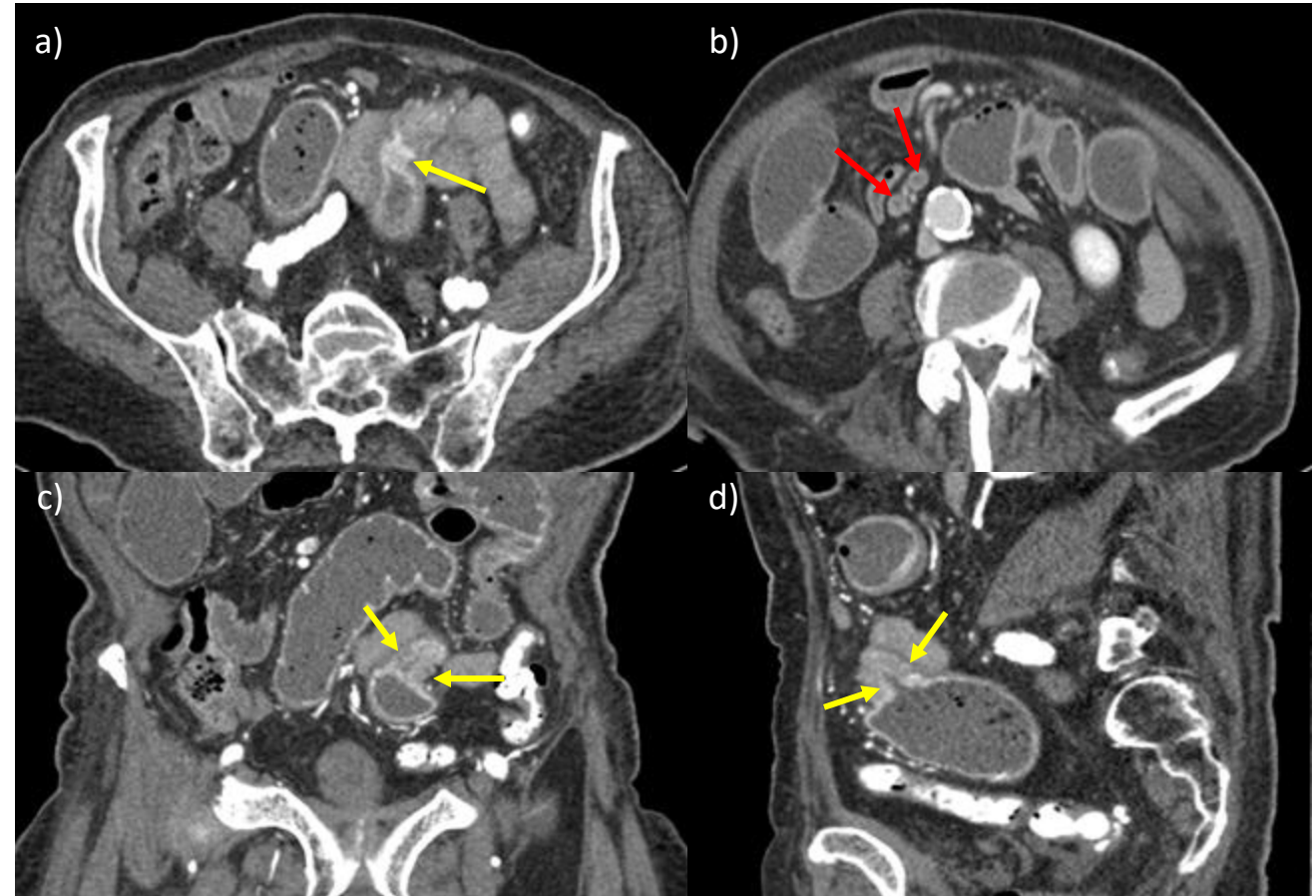
Características radiológicas:

- **Engrosamiento mural irregular**, circunferencial o excéntrico
- **Estenosis luminal** de segmento **corta longitud** (signo de la “manzana mordida”)
- Realce moderado tras contraste
- Localmente avanzado: infiltración de la grasa adyacente + adenopatías regionales

Complicaciones:

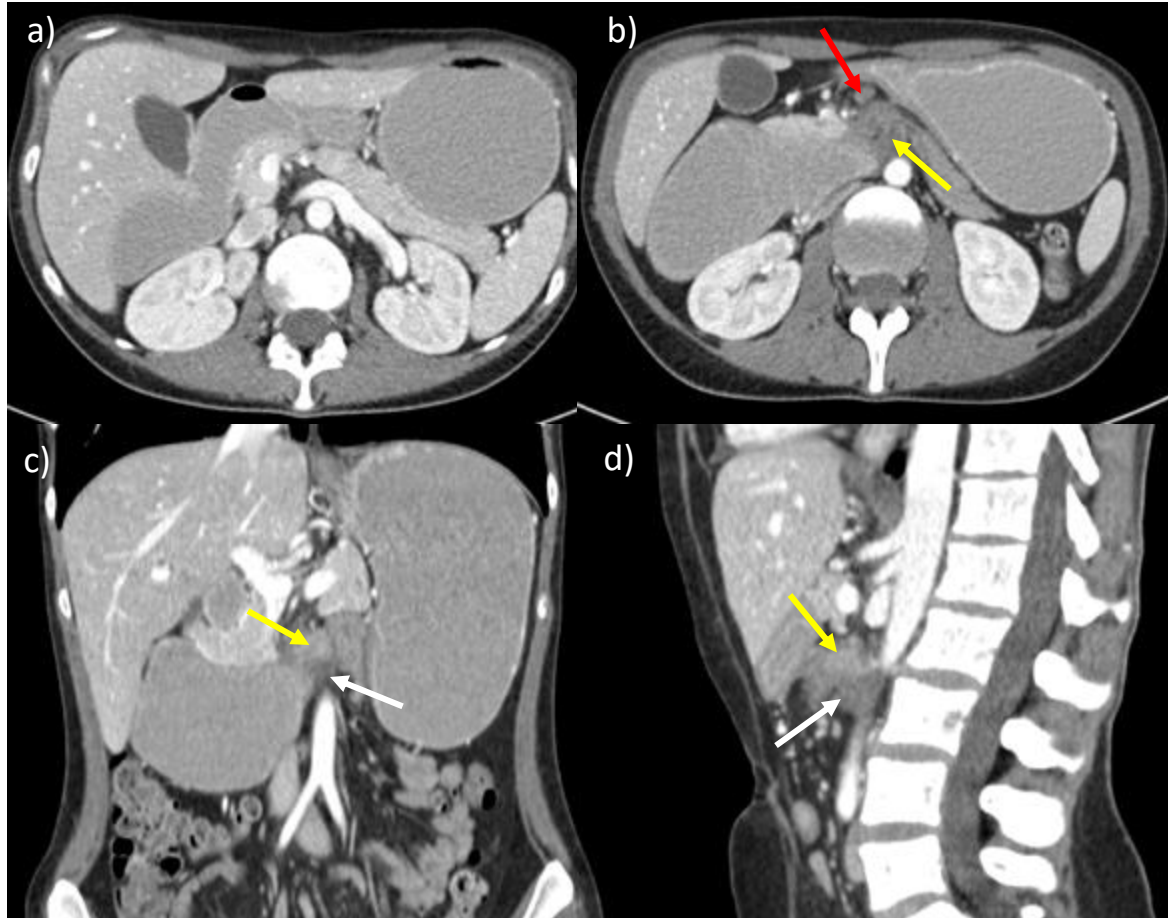
- Ulceración tumoral y sangrado
- **Obstrucción intestinal**

Adenocarcinoma ileal



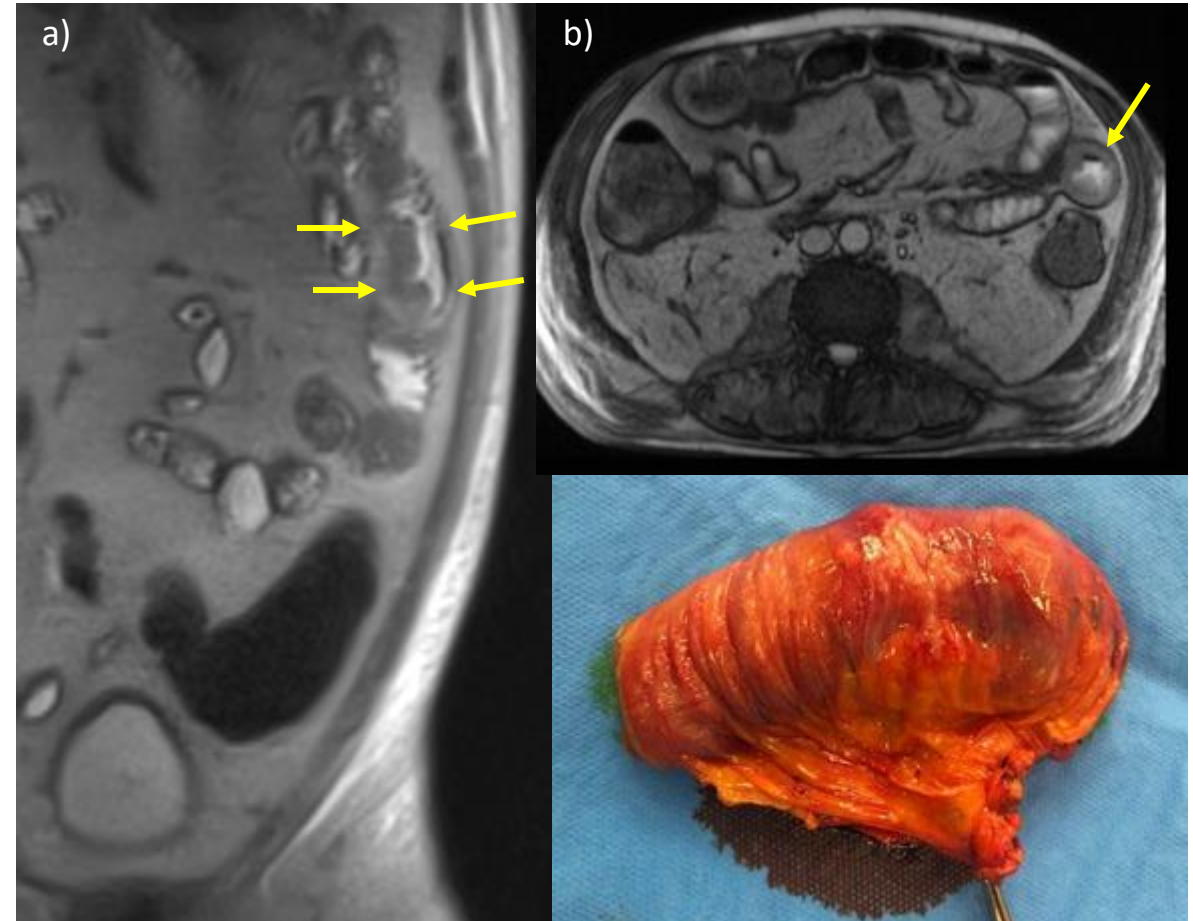
TC abdominal con contraste endovenoso en planos axial (a,b), coronal (c) y sagital (d). Varón de 89 años en estudio por cuadro suboclusivo. Engrosamiento mural **corto y estenosante** del íleon distal (flechas amarillas) que condiciona una dilatación retrógrada de asas intestinales. Pequeñas **adenopatías** en mesenterio adyacente y cadena ileocecal (flechas rojas). La AP confirmó que se trataba de un ADK convencional.

Adenocarcinoma duodenal



TC abdominal con contraste endovenoso en planos axial (a,b), coronal (c) y sagital (d). Mujer que consulta por vómitos de repetición, observando una dilatación severa gastroduodenal hasta la 3-4ª porción duodenal, con un **cambio brusco de calibre** (flechas amarillas) asociado a infiltración de la grasa adyacente (flechas blancas) y ganglios linfáticos regionales (flecha roja).

Adenocarcinoma yeyunal



EnteroRM con contraste oral, potenciadas en secuencias T2 HASTE en plano coronal (a) y en T2 TRUFFI en plano axial (b). Varón de 74 años en el que de forma incidental se identificó un **engrosamiento mural circunferencial e irregular** de un segmento corto de yeyuno medio (flechas), sospechoso de proceso neoplásico. La AP confirmó un ADK.

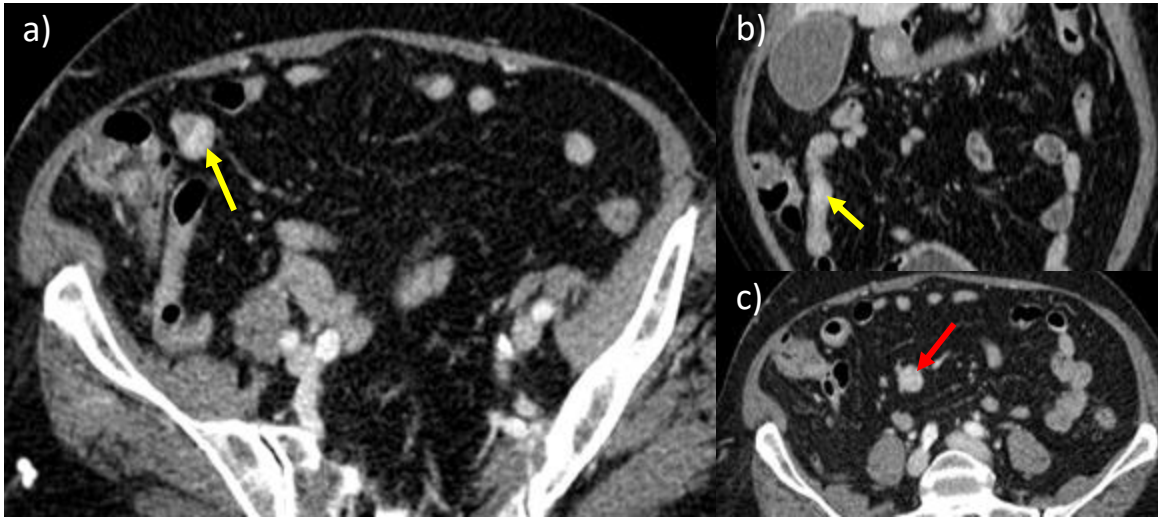
Neoplasia primaria más frecuente del ID, originada de las células cromafines de Kulchitsky

Localización: **íleon distal**, cerca de la válvula ileocecal

Características:

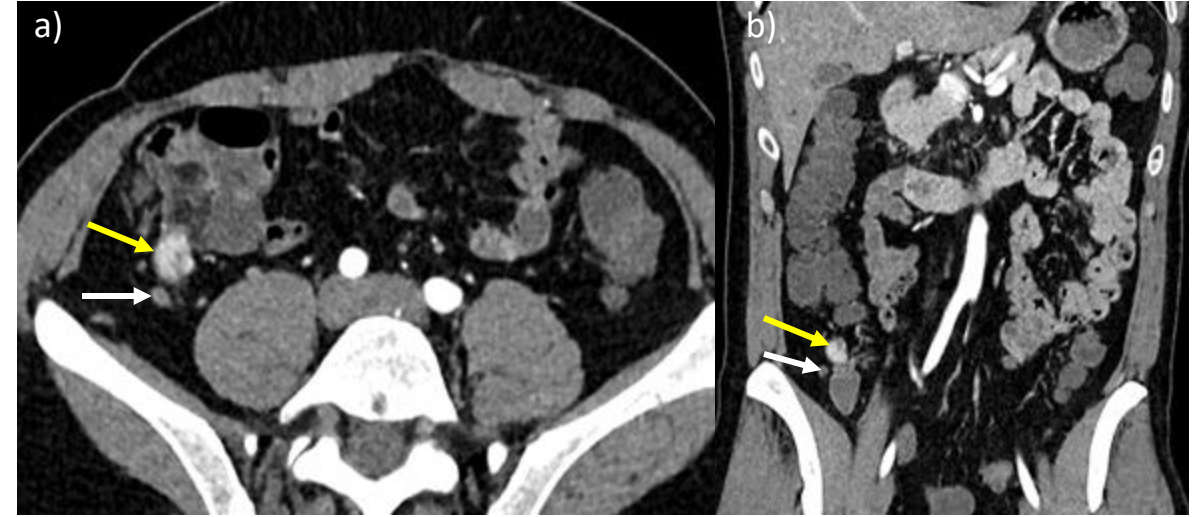
- Tumor primario suele ser pequeño (< 2 cm) y submucoso → difícil detección temprana
- Marcada **hipercaptación** en fase arterial, pueden ser multifocales y producir sustancias bioactivas

TNE ileal



TC abdominal con contraste endovenoso en planos axial (a,c) y coronal (b). Mujer de 75 años que presenta un área pseudonodular **hipervascular** (flecha amarilla) en asa ileal asociada a **adenopatías mesentéricas** (flecha roja); hallazgos sugestivos de TNE ileal que se confirmaron por AP.

TNE en íleon terminal



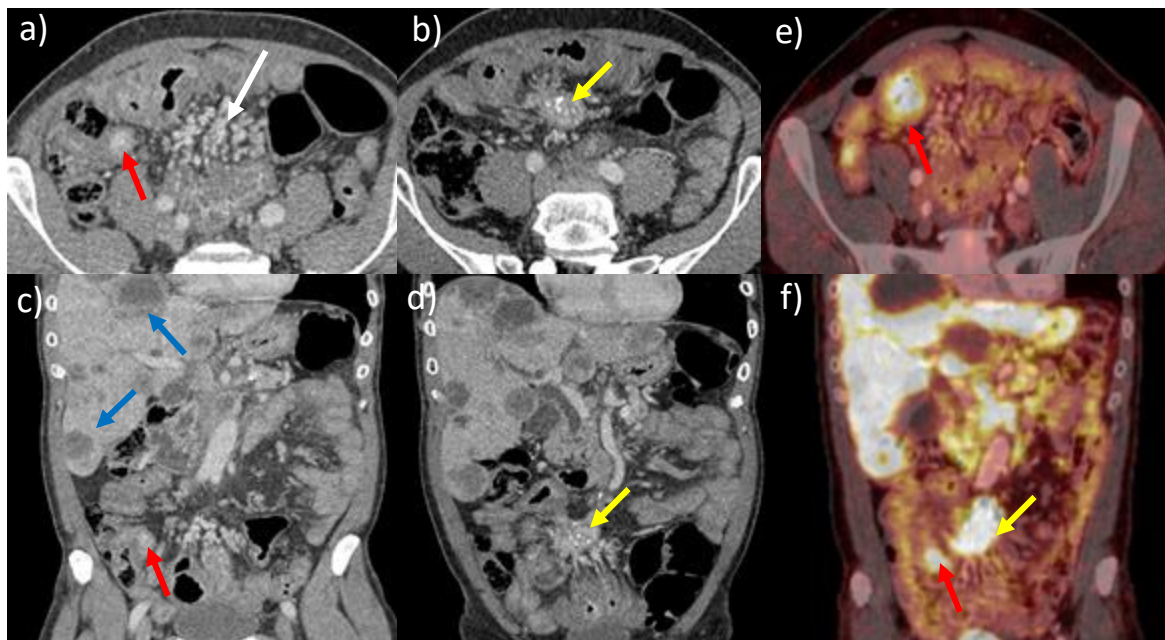
TC abdominal con contraste endovenoso en planos axial (a) y coronal (b). Varón de 50 años con una lesión nodular de 2 cm (flecha amarilla) en proximidad a la válvula ileocecal, **hipercaptante** en fase arterial. No se identifican adenopatías ni signos de enfermedad diseminada. Apéndice vermiforme normal (flecha blanca).

IMPORTANTE: la presencia de **adenopatías** debe hacer sospechar la existencia de tumores de pequeño tamaño y motivar su búsqueda dirigida.

Complicaciones: tumor primario >2 cm → aumenta probabilidad de metástasis

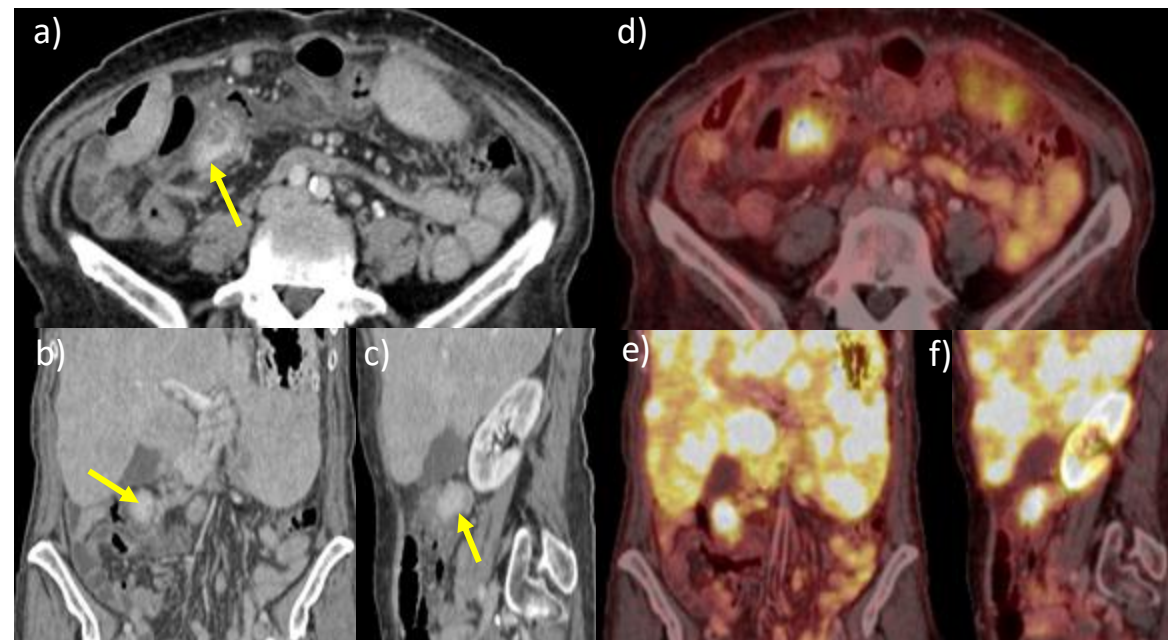
- **Complejo mesentérico**: masa mesentérica espiculada a menudo con calcificaciones y marcada reacción desmoplásica que puede condicionar obstrucción intestinal y compromiso vascular con isquemia
- **Metástasis hepáticas**: clave en el desarrollo del **síndrome carcinoide**

TNE con masa mesentérica y múltiples metástasis



TC abdominal con contraste endovenoso en planos axial (a,b) y coronal (c,d), y PET/TC-⁶⁸Ga en planos axial (e) y coronal (f). Engrosamiento mural **hipercaptante** e hipermetabólico en íleon terminal (flechas rojas), con metástasis hepáticas (flechas azules) y una **masa mesentérica** de contornos espiculados y con calcificaciones (flechas amarillas) que condiciona coestión vascular mesentérica (flecha blanca).

TNE diseminado con metástasis hepáticas



TC abdominal con contraste endovenoso y PET/TC-⁶⁸Ga en planos axial (a,b), coronal (b,e) y sagittal (c,f). Masa **hipercaptante** e hipermetabólica en la válvula ileocecal (flechas), asociada a cambios retráctiles de la grasa adyacente y múltiples metástasis hepáticas mejor visualizadas por PET/TC.

GIST (Gastrointestinal Stromal Tumor)

Tumores derivados de las células intersticiales de Cajal localizadas en la capa muscular. Expresan **CD117 (c-KIT)**

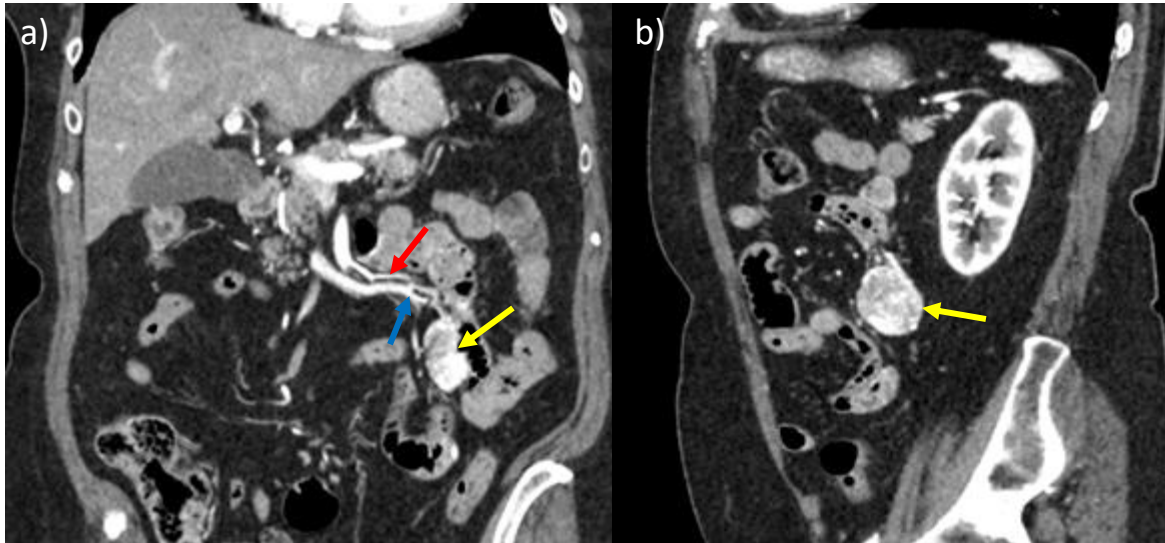
Localización: estómago > **yeyuno** > íleon

Características:

- Tamaño variable, **exofíticos** o intraluminales, **único** o múltiple (raro, asociado a **NF1** o GIST familiar)
- Pueden presentar realce heterogéneo, con necrosis central, calcificaciones y/o hemorragia

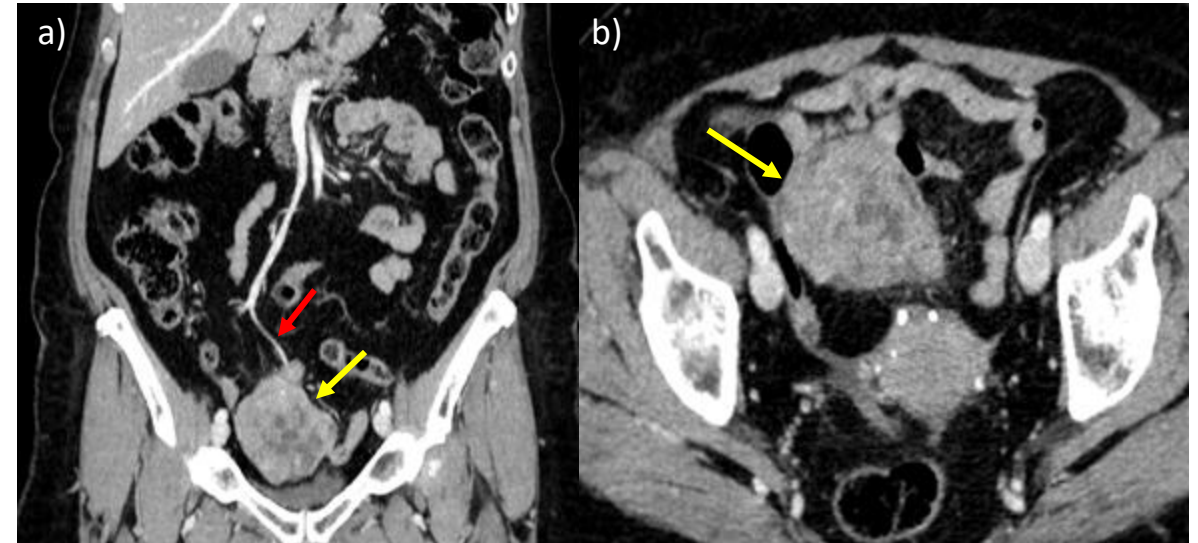
Complicaciones: ulceración con hemorragia gastrointestinal, invaginación, obstrucción intestinal (raro)

GIST yeyunal



TC abdominal con contraste endovenoso en planos coronal (a) y sagital (b). Paciente en estudio por melenas y anemia crónica, apreciando una tumoración sólida **hipervascular** y de crecimiento **exofítico** en yeyuno distal (flechas amarillas), identificando el pedículo arterial (flecha roja) y drenaje venoso tumoral (flecha azul). Tras la resección quirúrgica, el estudio histológico confirmó un GIST yeyunal.

GIST ileal



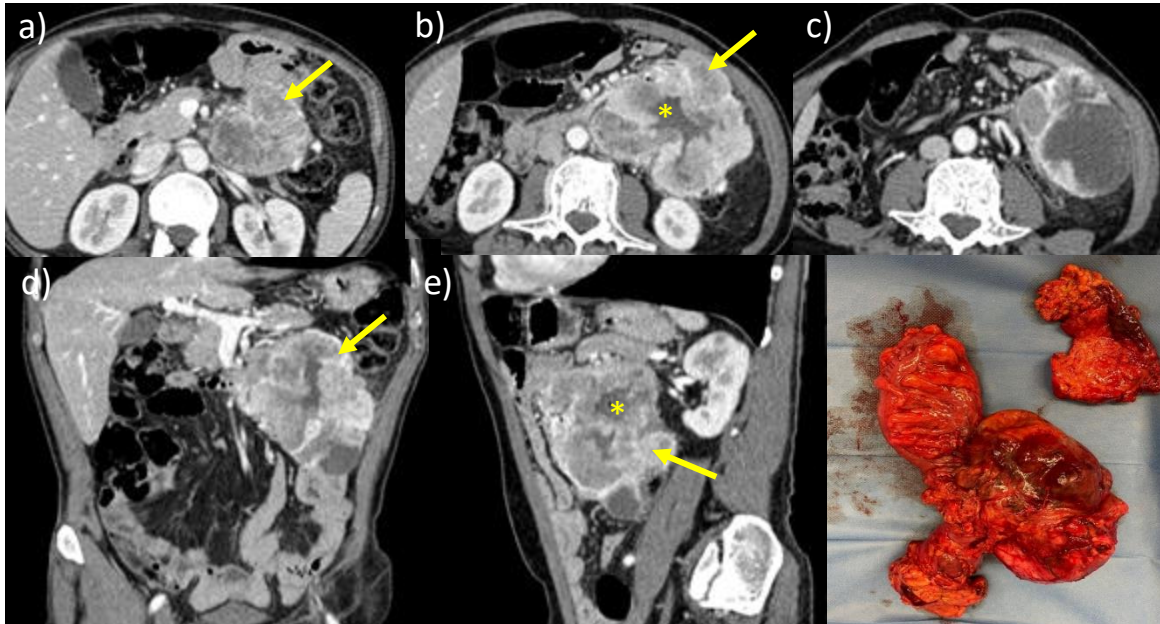
TC abdominal con contraste endovenoso en planos coronal (a) y axial (b). Masa pélvica de gran tamaño (flechas amarillas), heterogénea y dependiente de asa ileal que recibe vascularización de ramas ileocólicas (flecha roja). Tras la resección quirúrgica, el estudio de AP confirmó que se trataba de un GIST.

Criterios de benignidad/malignidad:

- **Benignidad:** <5 cm, masa **redondeada bien definida**, homogéneamente **hipervascular** en fase arterial
- **Malignidad:** >5 cm, masa de realce heterogéneo, con necrosis central, calcificaciones y/o hemorragia

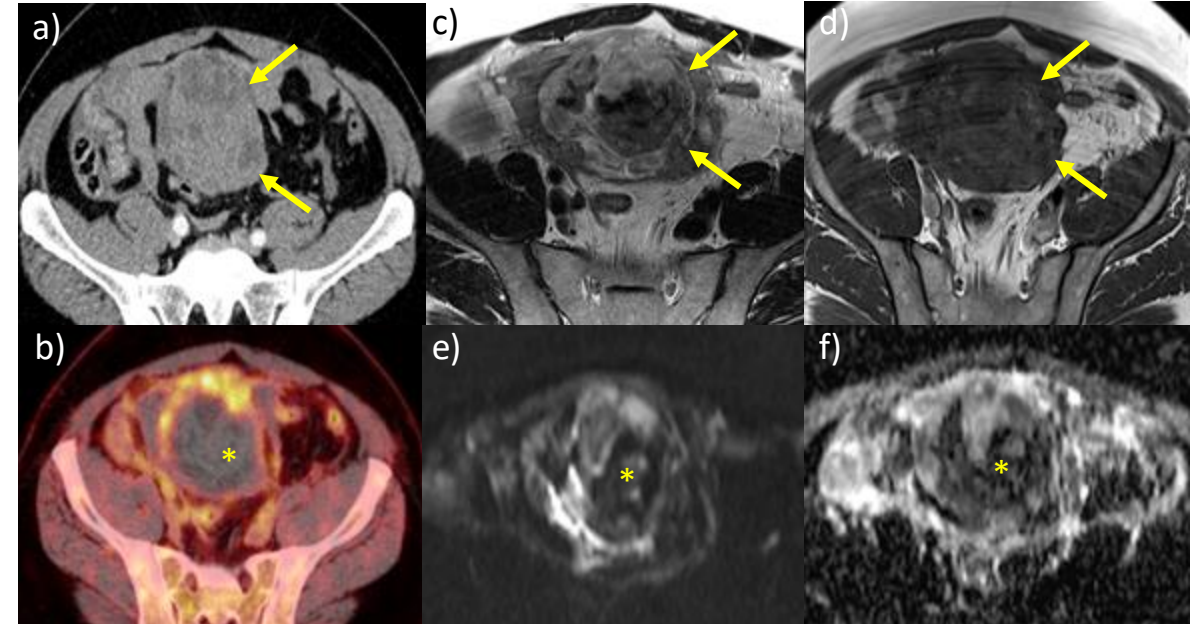
Manejo: todos los GIST son **potencialmente malignos** → se recomienda resección quirúrgica

GIST yeyunal

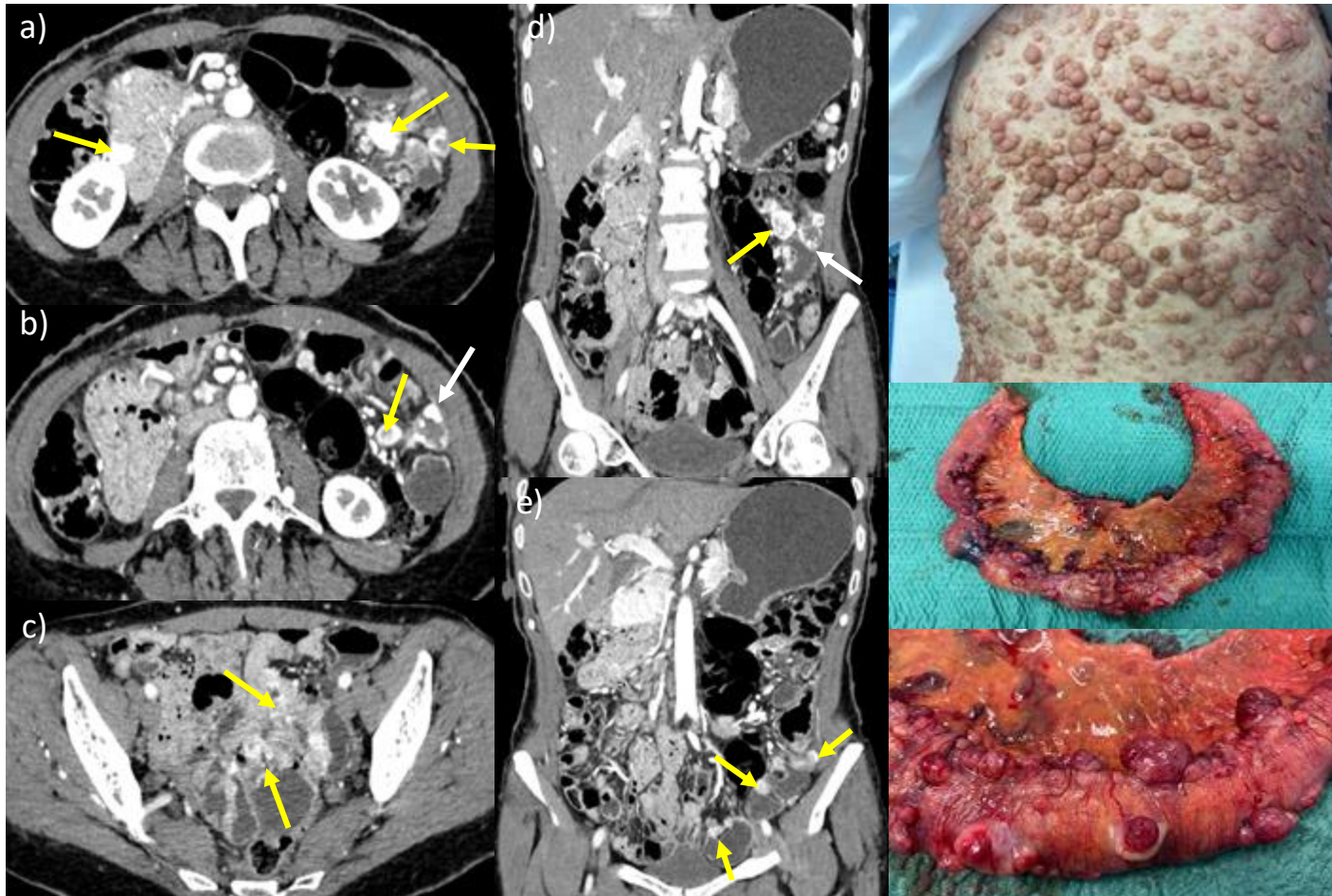


TC abdominal con contraste endovenoso en planos axial (a,b,c), coronal (d) y sagital (e). Paciente de 59 años que ingresa por anemia y epigastralgia. Se muestra una lesión **heterogénea** de gran tamaño, en contacto con asas de yeyuno, con una periferia sólida **hipercaptante** (flechas amarillas) y un centro hipodenso de aspecto necrótico (asteriscos). La pieza macroscópica de AP muestra clara comunicación de la lesión con un asa de yeyuno.

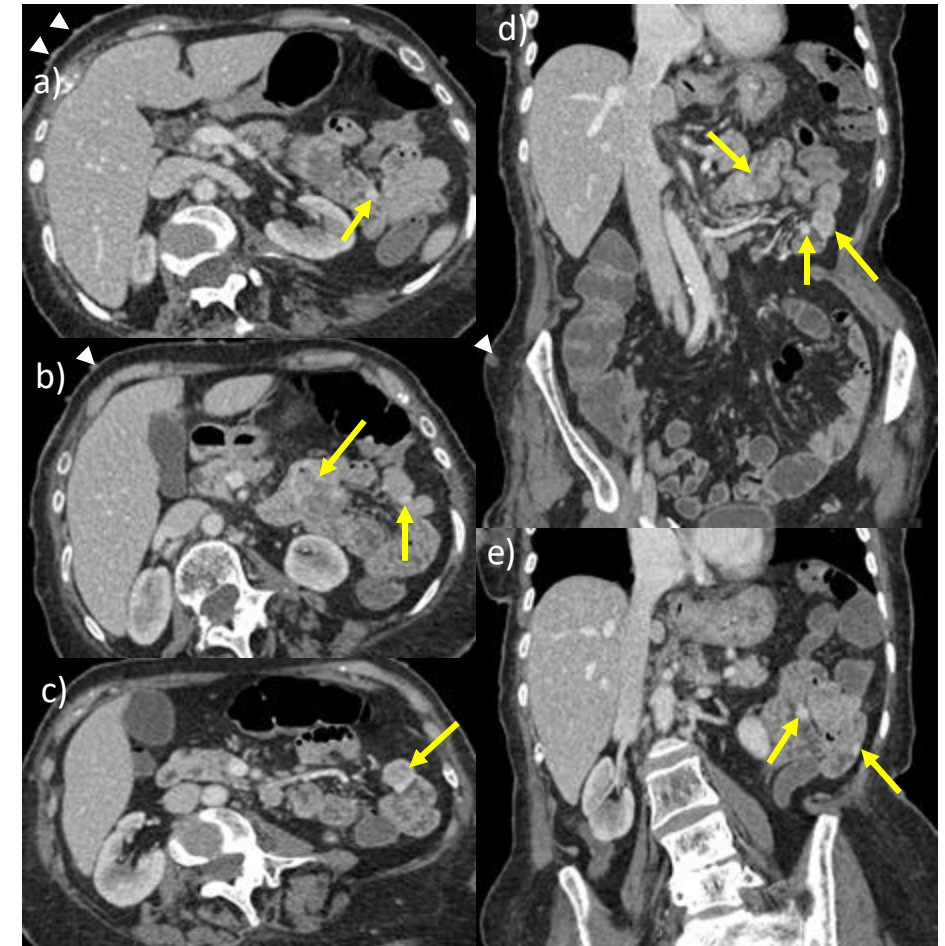
GIST ileal hemorrágico



TC abdominal en plano axial (a), PET/TC-FDG en plano axial (b), y RM pélvica en plano axial con secuencias potenciadas en T2 (c), T1 (d) y estudio de DWI (b=800 y mapa ADC) (e,f). Varón con abdomen agudo y sangrado rectal intermitente, que presenta una masa hipogástrica (flecha) sin plano de separación con asas ileales, de densidad y señal de resonancia **heterogéneas**, y con áreas ametabólicas y sin restricción en DWI (asterisco), atribuible a hemorragia y necrosis intralesionales.



TC abdominal con contraste endovenoso en planos axial (a,b,c) y coronal (d,e). Mujer de 56 años con NF1 y GIST metastásico. La TC muestra **múltiples** lesiones nodulares en ID, de predominio en región pélvica, de tamaño variable, **hipervasculares** y algunas de ellas con calcificaciones groseras (flechas blancas). Se realizó la resección de 30 cm de yeyuno distal y el estudio de AP confirmó **GIST multifocales**, así como la presencia de **neurofibromas submucosos**, radiológicamente indiferenciables. En la imagen superior derecha se aprecian múltiples neurofibromas cutáneos.



TC abdominal con contraste endovenoso en planos axial (a,b,c) y coronal (d,e). Paciente de 76 años con NF1. Se identifican **múltiples** lesiones ovaladas **hipercaptantes** y de diferentes tamaños en el yeyuno proximal, compatibles con GIST (flechas) y confirmadas por AP. Asocia múltiples neurofibromas cutáneos (puntas de flecha).

Tipos: **Primario:** ausencia de adenopatías periféricas/mediastínicas + ausencia de afectación hepática/esplénica

Secundario: linfoma generalizado con afectación de ID

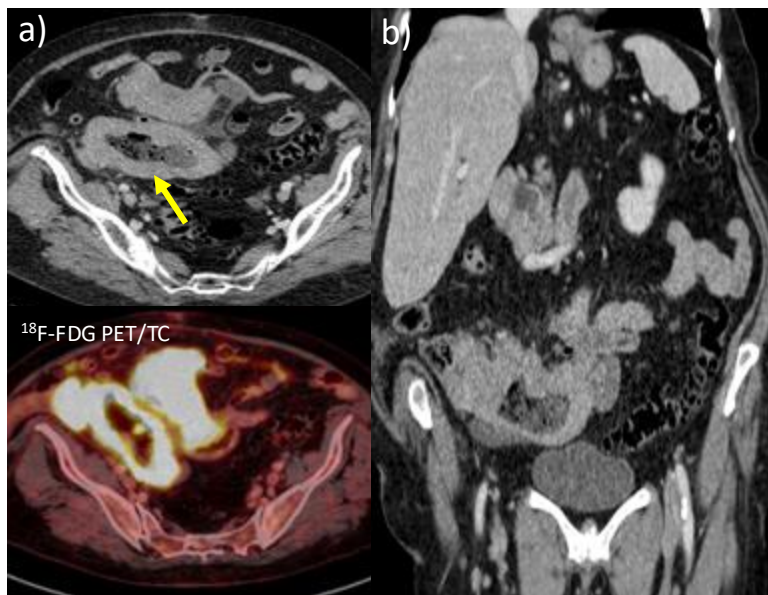
Población: **7ª década, varones** > mujeres, factores de riesgo (enf. Crohn, enf. autoinmunitarias, sds. de inmunodeficiencia, QT/RT...)

Localización: **íleon** (abundante tejido linfoide)

Patrones radiológicos:

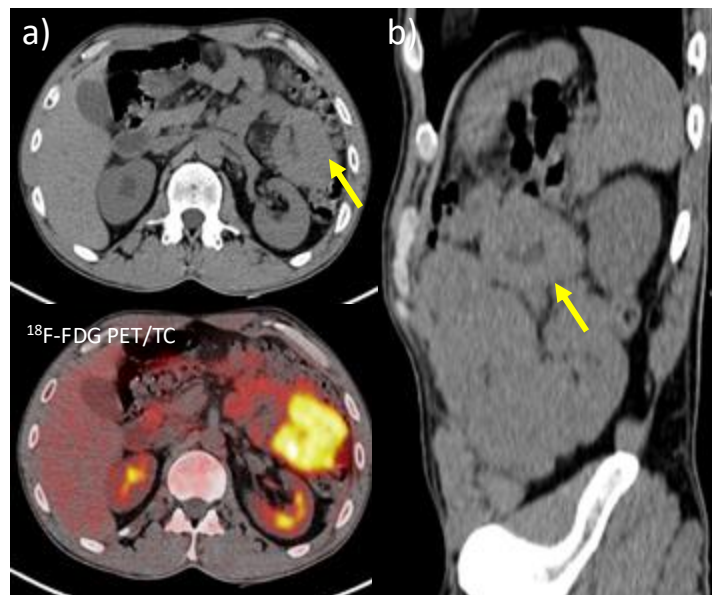
- **Aneurismático:** infiltración mural con compromiso del plexo mientérico que causa dilatación luminal
- **Polipoide:** más frecuente
- Endo-exoentérico (cavitaria)
- Estenosante
- Mesentérico

Linfoma B difuso de células grandes



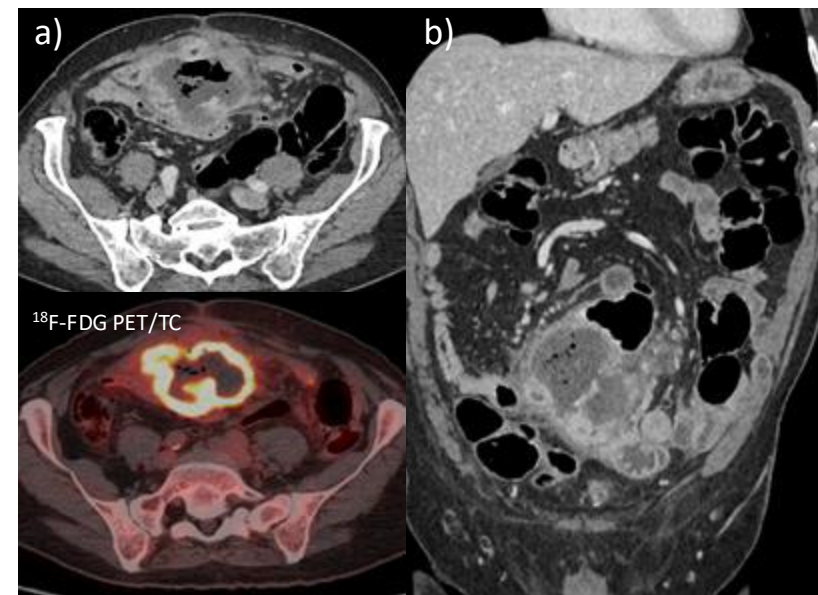
TC abdominal con contraste endovenoso en planos axial (a) y coronal (b). Varón de 84 años con un engrosamiento mural circunferencial **aneurismático** de íleon distal, con realce homogéneo sin causar estenosis. Asocia infiltración grasa y **adenopatías**.

Linfoma folicular



PET/TC con FDG. Varón de 39 años con engrosamiento mural de un segmento de yeyuno proximal (flechas), hipermetabólico, y asociado a adenopatías mesentéricas.

Linfoma T periférico

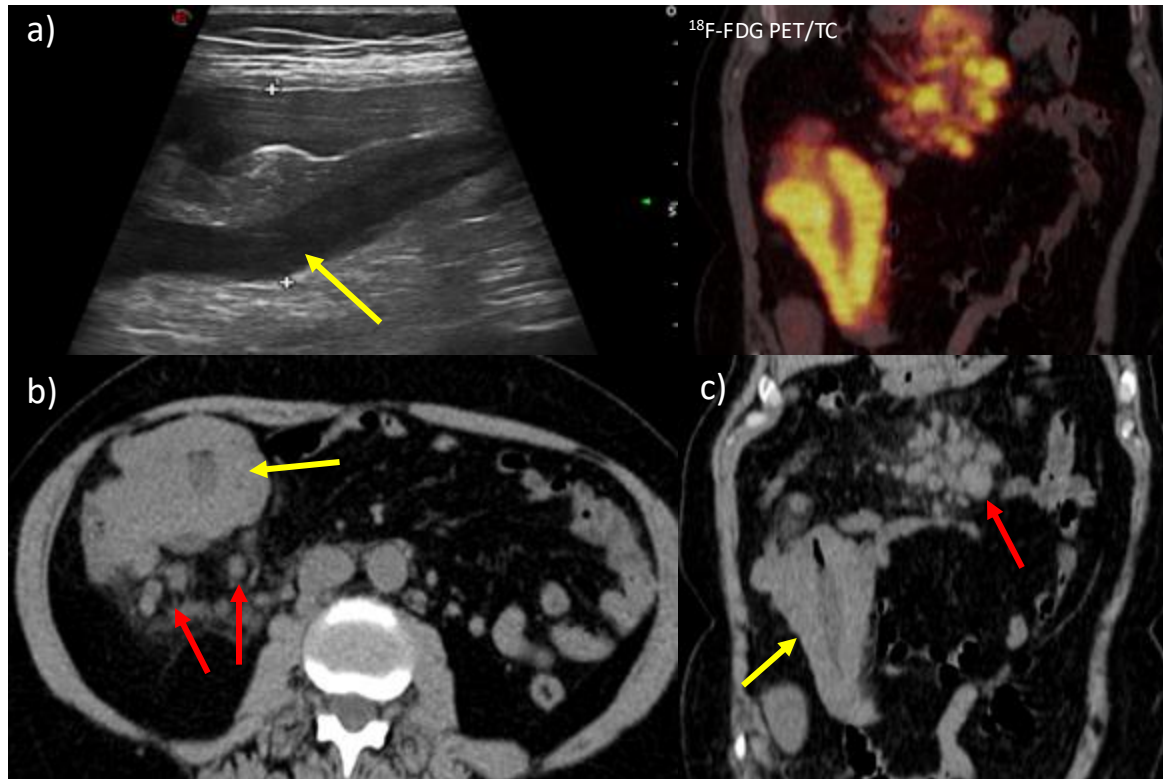


TC abdominal con contraste endovenoso en planos axial (a) y coronal (b). Varón de 70 años con recaída de linfoma T periférico. Gran **masa abscesificada** de contenido hidroaéreo en amplio contacto con asas de ID y asociado a cambios inflamatorios adyacentes.

Patrones histológicos: **linfomas de células B** (**LBDCG**, tipo MALT, folicular, de células del manto, Burkitt) > linfomas de células T

Complicaciones: ulceración, perforación o sangrado (menos frecuente)

Linfoma Burkitt en inmunodeprimido



Ecografía (a) y TC abdominal con contraste endovenoso en planos axial (b) y coronal (c). Mujer de 51 años en tratamiento inmunosupresor por un trasplante renal. Se muestra un **engrosamiento mural concéntrico** en íleon terminal (flechas amarillas) que no condiciona estenosis significativa, y asocia afectación adenopática ileocecal y retroperitoneal (flechas rojas).

Linfoma Burkitt pediátrico



Ecografía (a) y TC abdominal con contraste endovenoso en planos axial (b) y coronal (c). Varón de 11 años con dolor abdominal y astenia. Se muestra un marcado **engrosamiento mural** (flechas amarillas) asociado a **dilatación luminal** de íleon (flechas blancas).

Cortesía de la Dra. Ana Coma, Servicio de Radiología Pediátrica, H. Vall d'Hebron.

Localización: **yeyuno** > íleon y duodeno

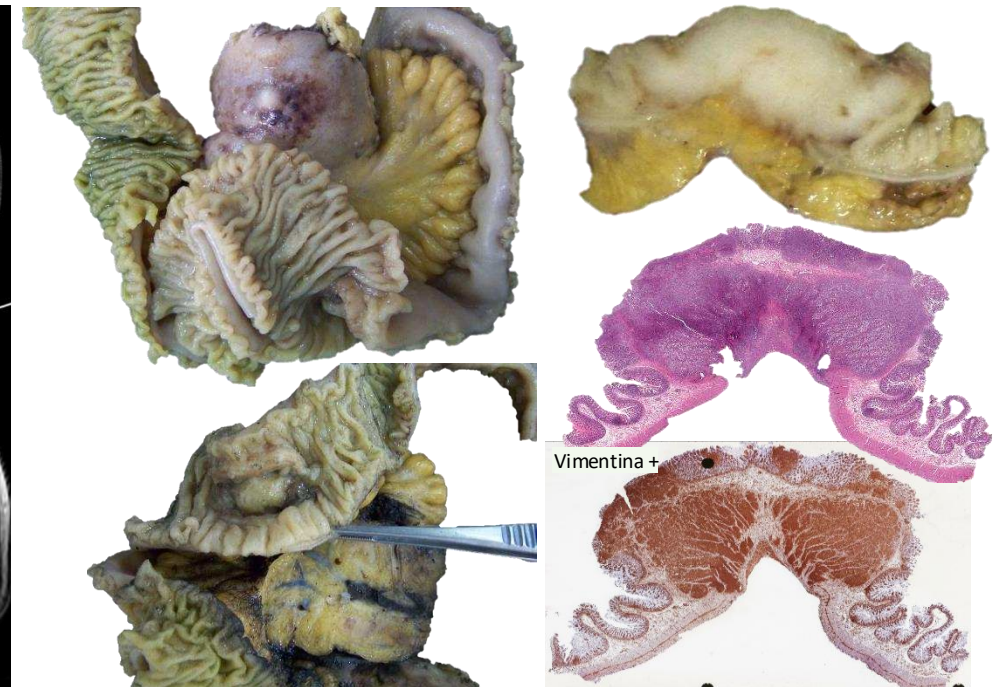
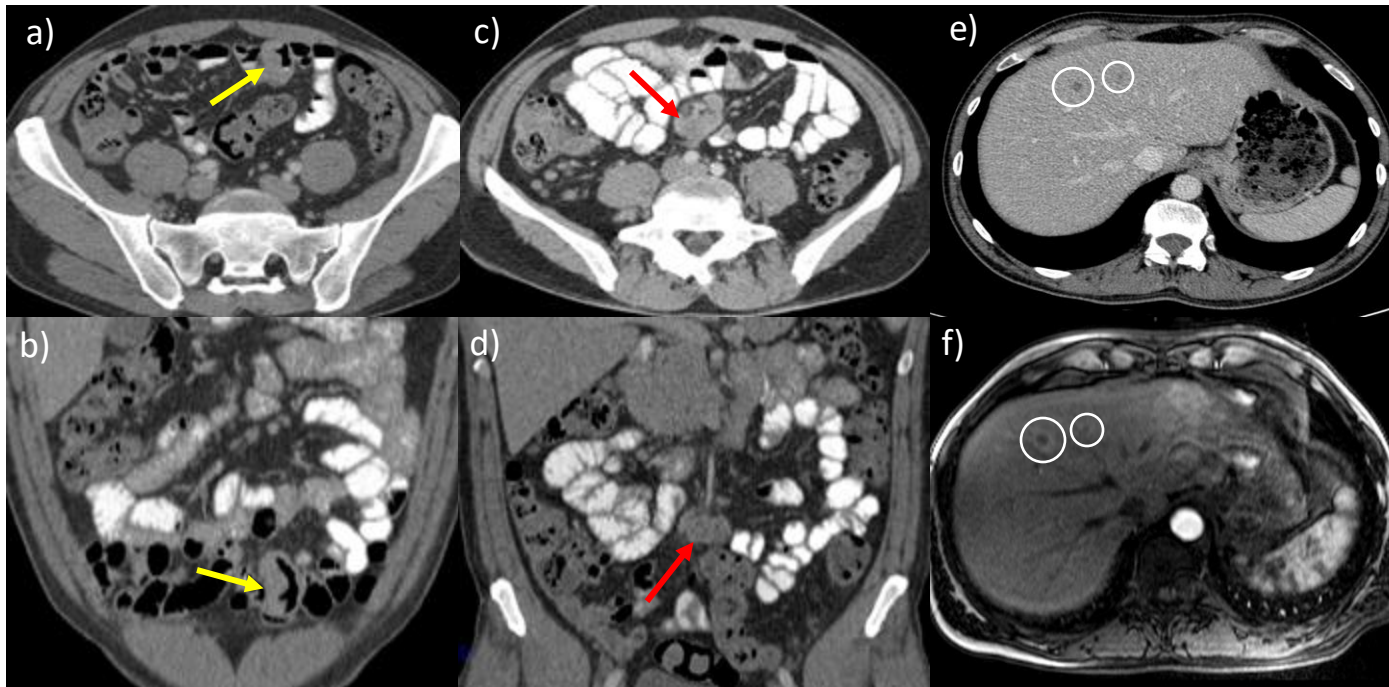
Características:

- Imagen típica: masa de gran tamaño con realce heterogéneo +/- necrosis o cavitación central que puede comunicar con luz intestinal
- Aspecto variable según origen

Complicaciones: hemorragia o perforación. Agresivo → mal pronóstico

Apariencia histológica similar a los tejidos de origen:

- Músculo liso → **leiomiosarcoma** (el más frecuente)
- Tejido adiposo → liposarcoma
- Tejido fibroso → fibrosarcoma
- Tejido vascular → angiosarcoma
- Tejido neural → neurosarcoma
- Células histiocitarias → sarcoma histiocitario
- Origen melanocítico → sarcoma de células claras...



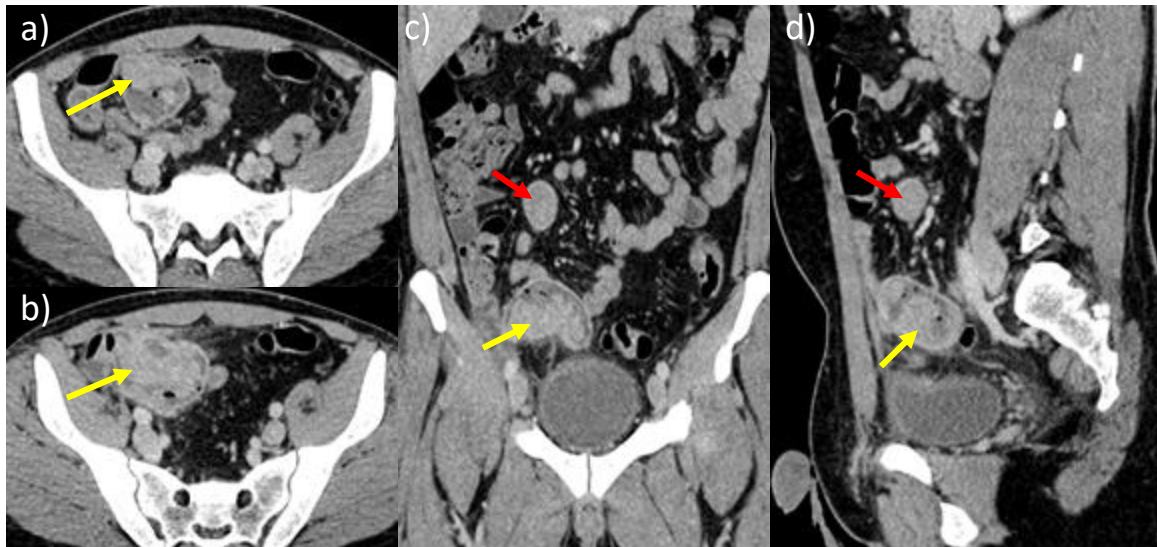
TC abdominal con contraste oral y endovenoso en planos axial (a,c,e) y coronal (b,d). Varón de 41 años diagnosticado de **sarcoma de células claras intestinal metastásico**. Se identifica un engrosamiento mural focal de un asa ileal compatible con área de afectación intestinal del sarcoma (flechas amarillas), asociado a un conglomerado adenopático mesentérico que envuelve la vena mesentérica inferior (flechas rojas) y pequeñas lesiones hipodensas hepáticas compatibles con metástasis (círculos blancos). A la derecha, se muestra la pieza quirúrgica de resección y las preparaciones histológicas del área tumoral intestinal.

Vía de diseminación	Tumor primario	Características por imagen
Hematógena	Melanoma , pulmón, mama, riñón	Masas polipoides intraluminales
Invasión directa o siembra peritoneal	Ovario, colon, estómago...	Masas o engrosamiento mural* +/- enf. metastática peritoneal

***IMPORTANTE**

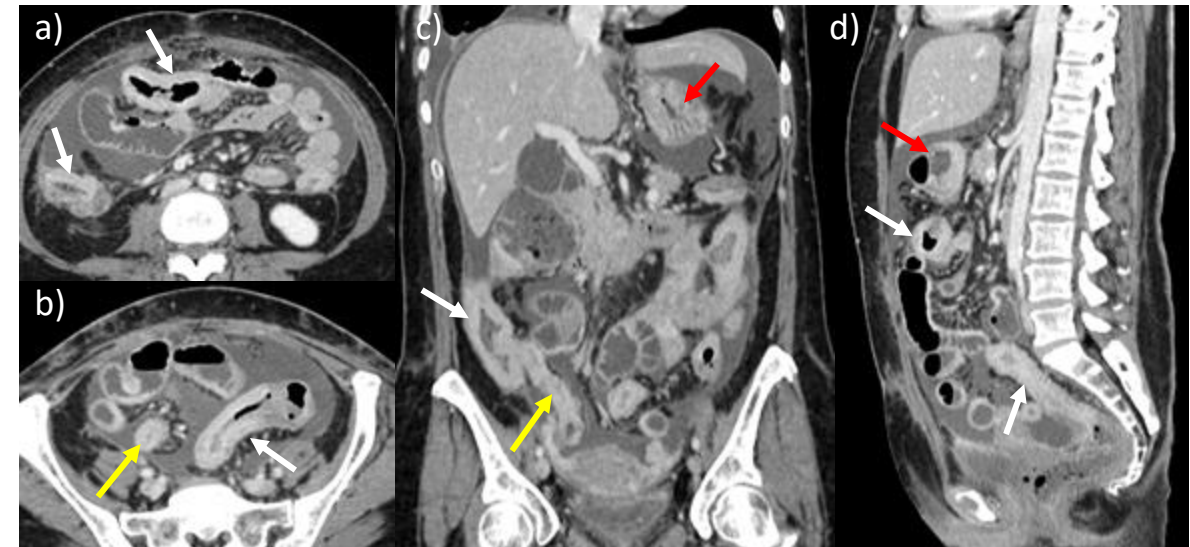
- Metástasis: **estrechamiento luminal**
- Linfomas: dilatación aneurismática

Metástasis de melanoma



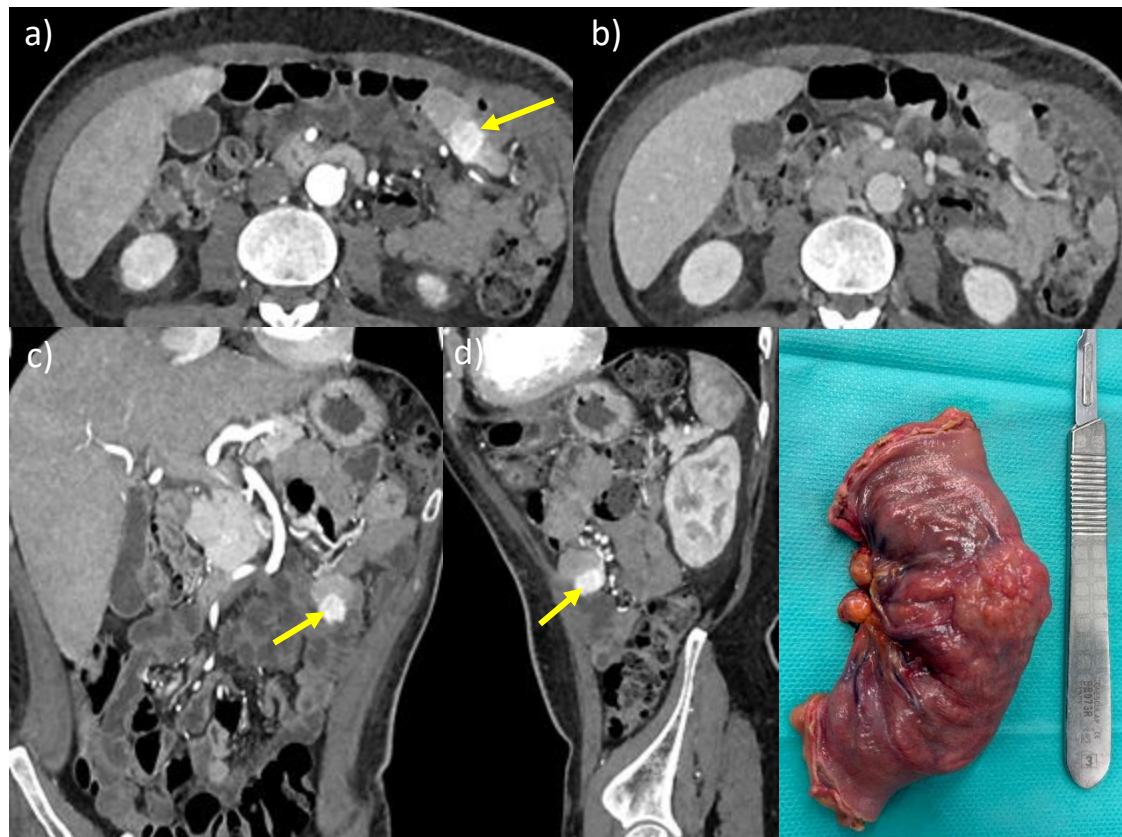
TC abdominal con contraste endovenoso en planos axial (a,b), coronal (c) y sagital (d). Varón de 35 años con antecedente de melanoma metastásico. La TC muestra una masa predominantemente endoluminal en íleon medio-distal de 6 cm (flechas amarillas), ulcerada, irregular y asociada a una adenopatía mesentérica (flechas rojas), hallazgos compatibles con metástasis ileal de melanoma.

Metástasis de cáncer de mama



TC abdominal con contraste endovenoso en planos axial (a,b), coronal (c) y sagital (d). Mujer de 54 años con antecedente de cáncer de mama. La TC muestra engrosamientos murales concéntricos, multifocales y discontinuos de aspecto tumoral que afectan a estómago (flechas rojas), ID (flechas amarillas) y colon (flechas blancas), sugestivos de diseminación metastásica. Asocia derrame pleural derecho y líquido libre intraabdominal.

Páncreas ectópico

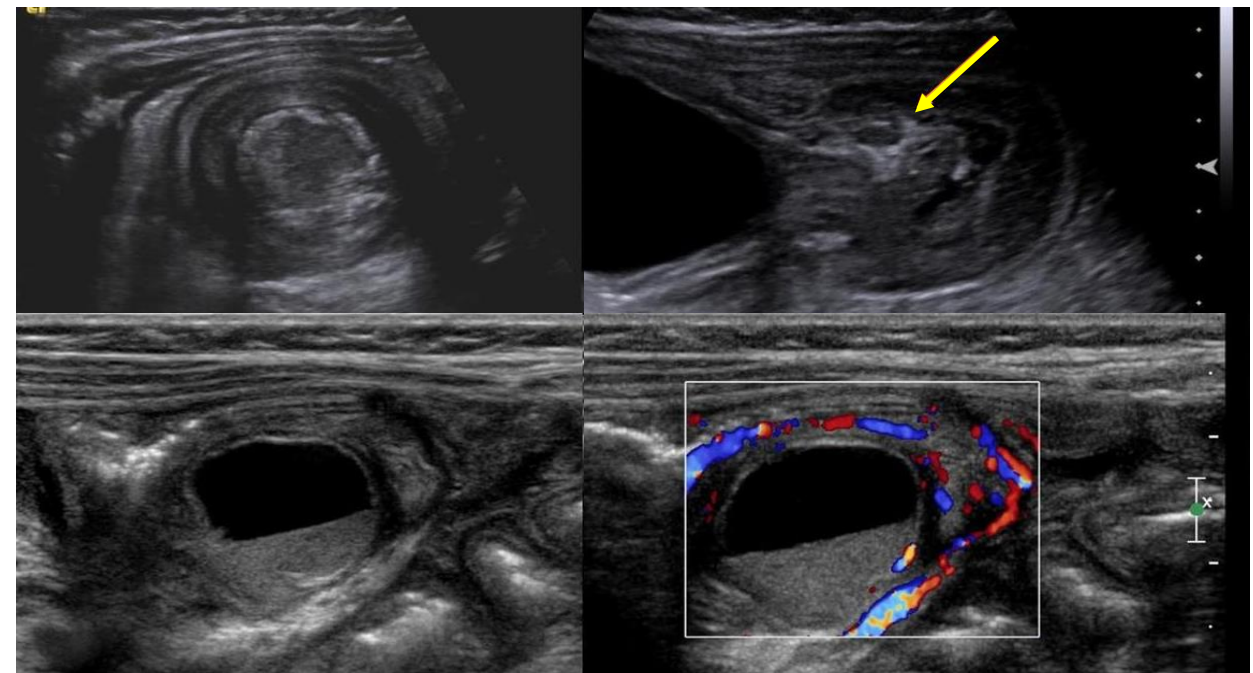


TC abdominal con contraste endovenoso en planos axial (a,b), coronal (c) y sagital (d). Varón de 60 años con una masa sólida **hipervascular** (flechas) de contornos discretamente lobulados, centrada en la pared del yeyuno proximal, con componente intraluminal y exofítico. La AP de la pieza quirúrgica confirmó que se trataba de un páncreas ectópico yeyunal.

IMPORTANTE: diagnóstico diferencial con **GIST** y **TNE**

Quiste de duplicación

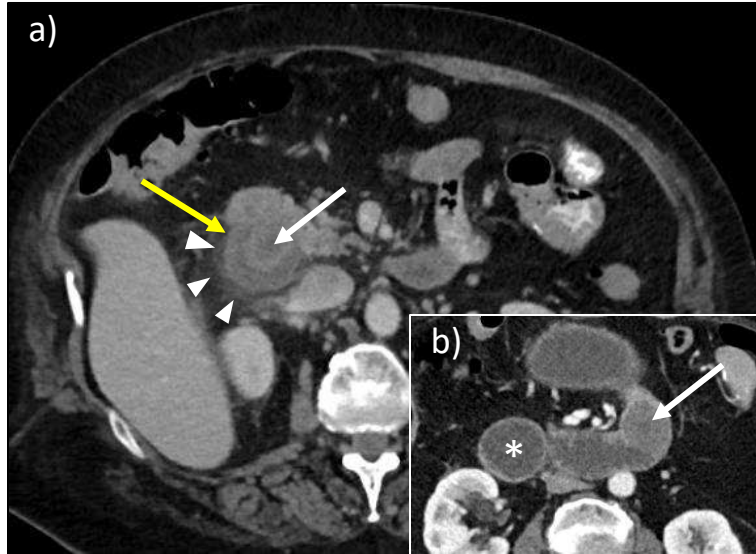
- Estructura quística revestida por mucosa gastrointestinal y que comparte pared y suministro sanguíneo con el intestino nativo
- Cualquier localización tubo digestivo → **NO** comunican con la luz



Lactante de 3 meses con vómitos. La ecografía muestra una invaginación ileocólica (patrón en diana), que contiene grasa mesentérica hiperecogénica y adenopatías (flecha). Como punto guía de la invaginación se observa una lesión de paredes finas y nivel líquido-líquido, compatible con un quiste de duplicación intestinal. El estudio Doppler evidencia hiperemia perilesional sugestiva de cambios inflamatorios reactivos.

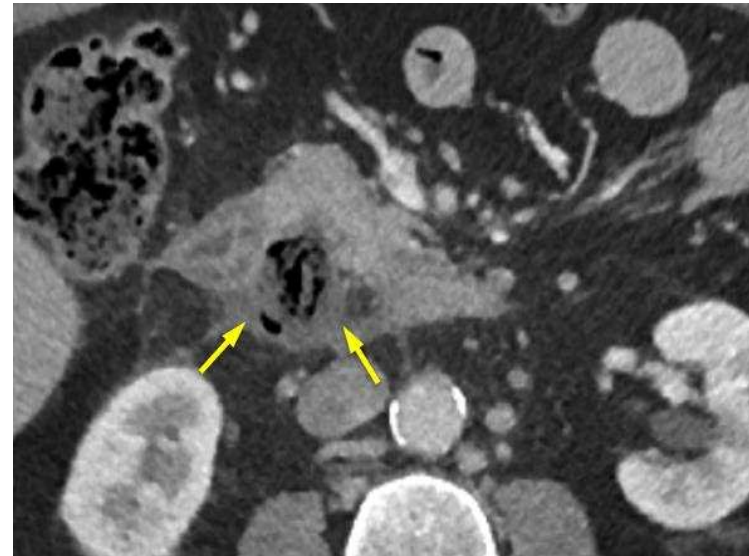
Cortesía de la Dra. Ana Coma, Servicio de Radiología Pediátrica, H. Vall d'Hebron.

Diverticulitis



TC abdominal con contraste endovenoso en plano axial. a) Diverticulitis no complicada en asa biliopancreática de una mujer de 66 años portadora de un by-pass gástrico con reconstrucción en Y de Roux. El divertículo inflamado (flecha amarilla) se localiza en 2ª porción duodenal, asocia reticulación de la grasa adyacente (puntas de flecha) y contiene un cálculo en su interior (flecha blanca). b) Meses más tarde, se observa un divertículo con contenido líquido (asterisco) y la migración del cálculo que ocasionó un cuadro de obstrucción, perforación y requerimiento de tratamiento quirúrgico.

Población: adultos mayores > jóvenes
Localización: yeyuno > íleon



TC abdominal con contraste endovenoso en plano axial. Diverticulitis complicada. Se aprecia la inflamación de un divertículo en 3ª porción duodenal con focos de **perforación** y reticulación de la grasa adyacente.

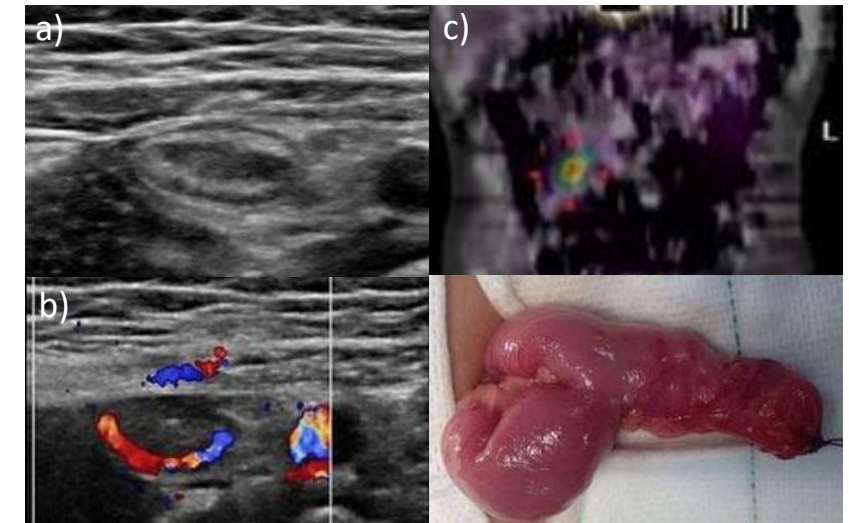
IMPORTANTE

Puede simular una neoplasia perforada o avanzada

Divertículo de Meckel

Persistencia del conducto onfalomésentérico presente en el 2% de la población.

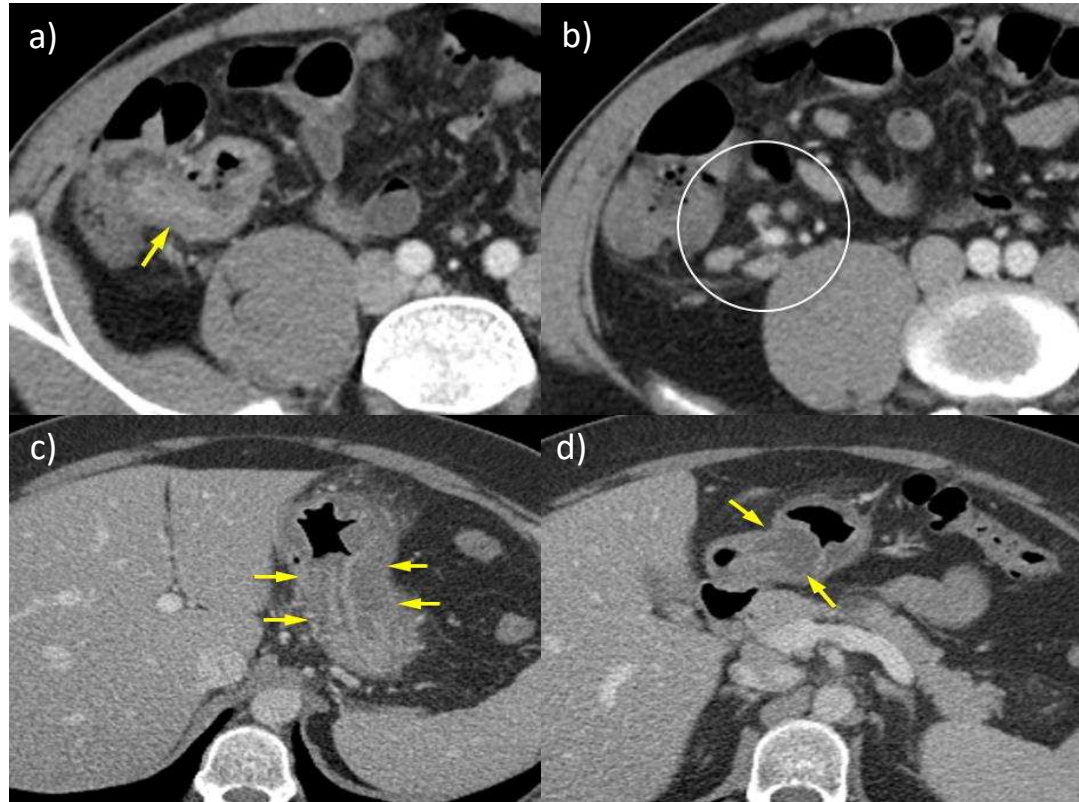
Características por Eco/TC: **divertículo verdadero en la región antimesentérica del íleon terminal**



Ecografía (a,b) y SPECT-TC en plano coronal (c). Niño de 6 años con hematoquecia. La ecografía muestra una estructura nodular en flanco derecho, sin peristaltismo y con vascularización mural. El SPECT-TC demostró la presencia de mucosa gástrica ectópica y la resección confirmó un divertículo de Meckel ulcerado.

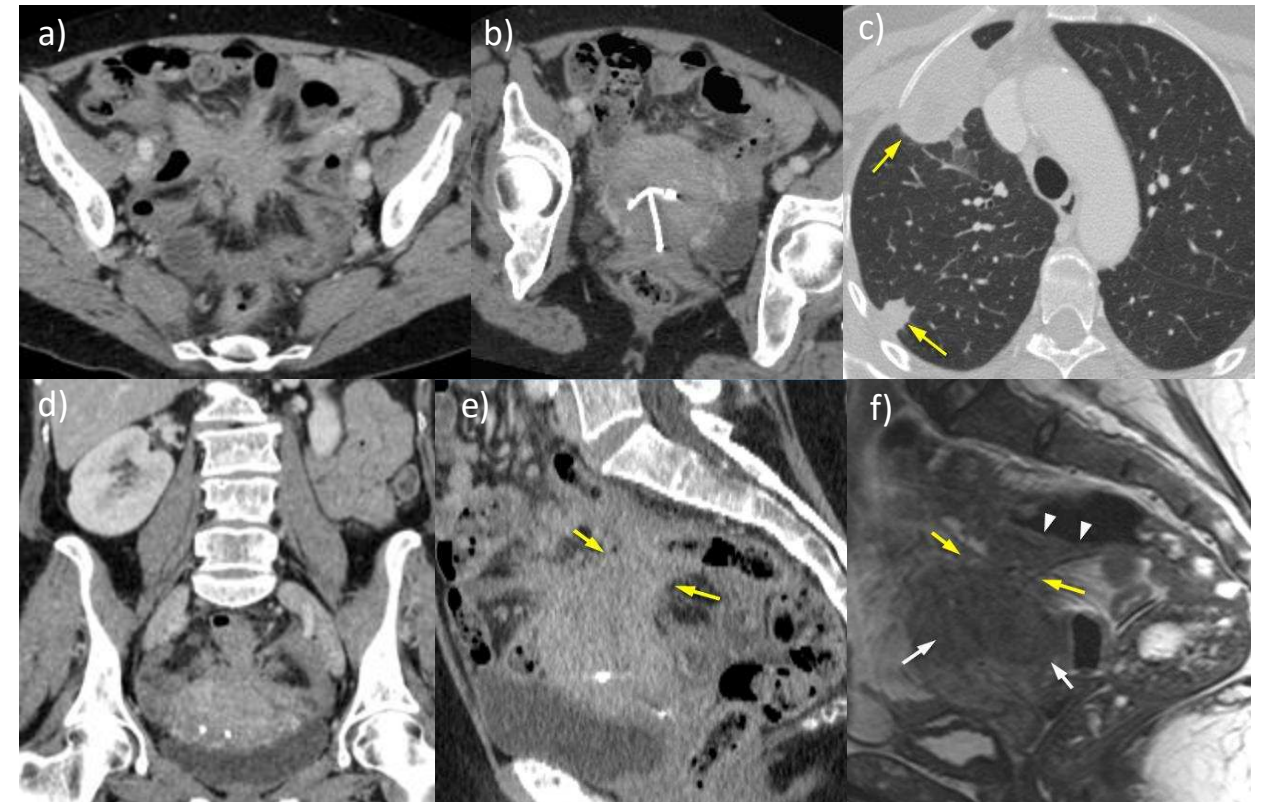
Cortesía de la Dra. Ana Coma, Servicio de Radiología Pediátrica, Hospital Vall d'Hebron.

Anisakis



TC abdominal con contraste endovenoso en plano axial (a,b,c,d). Mujer de 46 años con dolor abdominal de 24 horas de evolución, antecedente de consumo de pescado fresco e IgE específica contra anisakis positiva. Se muestra afectación por anisakis multisegmentaria, visualizando **engrosamientos murales con edema submucoso** a nivel gástrico e íleon distal (flechas amarillas), que asocian ligera reticulación de la grasa adyacente y alguna adenopatía regional (círculo blanco).

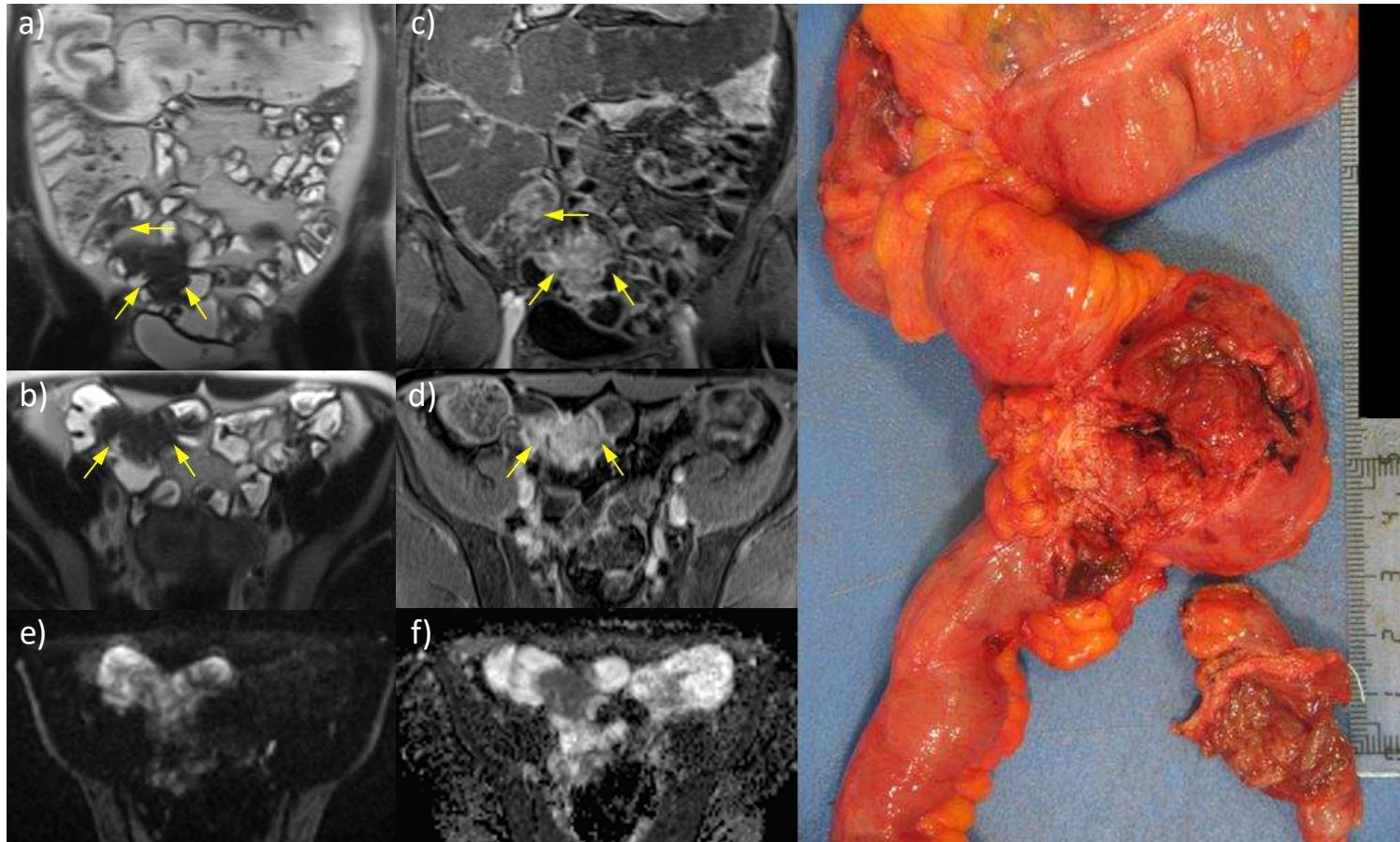
Actinomyces



TC toracoabdominal con contraste endovenoso en planos axial (a,b,c), coronal (d) y sagital (e), y RM en plano sagital (f). Mujer de 60 años con infección por Actinomyces. Se aprecia una masa y un nódulo pulmonar en LSD, así como una masa intrapélvica que infiltra la grasa mesentérica provocando una reacción desmoplásica con retracción de asas ileales y sigma.

IMPORTANTE: la primera imagen puede recordar a la reacción desmoplásica por infiltración mesentérica del TNE, pero es necesario **valorar contexto clínico global** del paciente para orientar los casos hacia patología infecciosa vs tumoral

Endometriosis intestinal



EnteroRM con contraste oral y endovenoso, con imágenes en secuencias potenciadas en T2 en planos coronal (a) y axial (b), T1 fatsat post-contraste en planos coronal (c) y axial (d), y estudio de DWI (b=800 y mapa ADC) (e,f). Mujer de 43 años con dolor abdominal y cuadros suboclusivos de repetición. Se muestra una masa heterogénea centrada en la región de íleon terminal, compatible con área de endometriosis intestinal. A la derecha, imagen de la pieza quirúrgica.

Tejido endometrial fuera de la cavidad uterina.

Causa: teoría de la menstruación retrógrada

Clínica: dolor abdominal/pélvico tipo cólico **ligado al ciclo menstrual**, dispareunia, hipermenorrea, infertilidad

Localización: intestino grueso > delgado

Diagnóstico:

- Sencillo en pacientes con endometriosis pélvica conocida y clínica crónica
- **Difícil en casos de oclusión intestinal aguda**, donde su baja frecuencia hace que no se considere inicialmente

IMPORTANTE

- Mujeres premenopáusicas
- Cuadros suboclusivos
- **Imagen sospechosa de malignidad**

CONCLUSIONES

- Los tumores de intestino delgado son poco frecuentes, pero algunos de ellos presentan **hallazgos radiológicos y topográficos característicos**.
 - El conocimiento por parte del radiólogo de estas particularidades, en **correlación con los datos clínicos** y analíticos, permite la detección, caracterización y manejo más preciso de estas neoplasias.
-

REFERENCIAS

1. Jasti R, Carucci LR. Small bowel neoplasms: a pictorial review. Radiographics. 2020;40(4):1020-1038.
 2. Kim SW, Kim HC, Oh J, Won KY, Park SJ, Yang DM. Tumors of the jejunum and ileum: a pattern-based imaging approach on CT. Abdom Radiol (NY). 2019;44(7):2337-2345.
 3. Schafrat PJM, van Erning FN, Zwinderman K, Dekker E, Farina Sarasqueta A, de Vos-Geelen J, et al. Malignancies of the small intestine: incidence and trends in a nationwide registry. Cancer Epidemiol. 2025;99:102943.
 4. Sokhandon F, Al-Katib S, Bahoura L, et al. Multidetector CT enterography of focal small bowel lesions: a radiological-pathological correlation. Abdom Radiol (NY). 2017;42(5):1319-1341.
 5. Lee JS, Park SH, Choi SJ. Radiologic review of small bowel malignancies and their mimicking lesions. J Korean Soc Radiol. 2023;84(1):110-126.
-