



Adenocarcinoma de yeyuno en paciente joven. Un cáncer poco común y de diagnóstico tardío. Reporte de caso.

Recibido: Febrero 11, 2026.

Aceptado: Junio 18, 2026.

Publicado: Junio 19, 2026.

Editor: Dra. Mayra Ordoñez Martínez.


Como citar:

Jiménez J, Jiménez P, Palacios del Campo M. Adenocarcinoma de yeyuno en paciente joven. Un cáncer poco común y de diagnóstico tardío. Reporte de caso. Actas Médicas (Ecuador) 2026;14(1):139-148.

DOI: <http://doi.org/10.61284/301>




Hospital Alcívar.

ISSN-L: [2960-8309](https://doi.org/10.61284/301)

 Copyright 2026, Jorge Jiménez Barahona, Pablo Jiménez Benavides, María del Carmen Palacios del Campo. This article is distributed under the [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which allows the use and redistribution of the article, citing the source and the original author for non-commercial purposes.

* Autor de correspondencia

Email: Jorge Jiménez Barahona, <jmjimenezbarahona@yahoo.es>
Dirección: Servicio de Oncología, Hospital Alcívar. Coronel 2301 y Azuay. Guayaquil, Ecuador.
Código Postal: 090 306
Teléfono: [593] (4) 372 0100.

Jorge Jiménez Barahona ¹ *, Pablo Jiménez Benavides ¹ , María del Carmen Palacios del Campo ¹ .

1. Servicio de Oncología, Hospital Alcívar, Guayaquil, Ecuador.

Resumen

Introducción: El adenocarcinoma de yeyuno es una neoplasia maligna poco frecuente que representa menos del 3% de los tumores gastrointestinales y presenta una clínica inespecífica, lo que conlleva un retraso en el diagnóstico y un pronóstico desfavorable en estadios avanzados.

Reporte de caso: Se presenta el caso de un paciente masculino de 29 años con un cuadro clínico de seis meses de evolución caracterizado por dolor abdominal, melena, pérdida ponderal significativa y anemia.

Taller diagnóstico: Los estudios endoscópicos iniciales no evidenciaron lesiones. Posteriormente, una enteroscopia permitió identificar una lesión tumoral exofítica en el yeyuno proximal con compromiso parcial de la luz intestinal. El estudio histopatológico confirmó un adenocarcinoma de yeyuno de diferenciación moderada. Los estudios por imágenes demostraron enfermedad avanzada con conglomerados ganglionares retroperitoneales e intraperitoneales, con invasión de estructuras adyacentes, lo que permitió establecer criterios de irreseccabilidad, es decir, un tumor que no es quirúrgicamente viable, por lo que el paciente fue derivado a oncólogo clínico para tratamiento sistémico.

Discusión: El adenocarcinoma de yeyuno se asocia con síntomas vagos, dificultades en su evaluación diagnóstica y la ausencia de marcadores tumorales específicos, lo que explica su diagnóstico tardío. La resección quirúrgica con márgenes libres y linfadenectomía regional constituye el tratamiento de elección en estadios tempranos. En fases avanzadas, el manejo es principalmente sistémico o paliativo. En los últimos años, la inmunoterapia ha surgido como una posible alternativa terapéutica en subgrupos seleccionados, aunque la evidencia disponible sigue siendo limitada.

Conclusiones: El adenocarcinoma de yeyuno representa un desafío diagnóstico y terapéutico debido a su baja incidencia y presentación clínica inespecífica. Un alto índice de sospecha clínica y un abordaje diagnóstico oportuno son fundamentales para mejorar el pronóstico. Se requieren estudios adicionales para definir nuevas estrategias terapéuticas, especialmente en la enfermedad avanzada.

Palabras clave: Adenocarcinoma de yeyuno; Cáncer de intestino delgado; Diagnóstico tardío.



Jejunal adenocarcinoma in a young patient. A rare and late-diagnosed cancer. Case report.

Abstract

Introduction: Jejunal adenocarcinoma is a rare malignant neoplasm, representing less than 3% of gastrointestinal tumors. Its nonspecific clinical presentation often leads to delayed diagnosis and a poor prognosis in advanced stages.

Case Report: We present the case of a 29-year-old male patient with a six-month history of abdominal pain, melena, significant weight loss, and anemia.

Diagnostic Workup: Initial endoscopic studies revealed no lesions. Subsequently, enteroscopy identified an exophytic tumor in the proximal jejunum with partial involvement of the intestinal lumen. Histopathological examination confirmed a moderately differentiated jejunal adenocarcinoma. Imaging studies showed advanced disease with retroperitoneal and intraperitoneal lymph node conglomerates, with invasion of adjacent structures, which allowed the establishment of criteria for unresectability, that is, a tumor that is not surgically viable, so the patient was referred to a clinical oncologist for systemic treatment.

Discussion: Jejunal adenocarcinoma is associated with vague symptoms, difficulties in its diagnostic evaluation, and the absence of specific tumor markers, which explains its late diagnosis. Surgical resection with clear margins and regional lymphadenectomy is the treatment of choice in early stages. In advanced stages, management is primarily systemic or palliative. In recent years, immunotherapy has emerged as a potential therapeutic option in select subgroups, although the available evidence remains limited.

Conclusions: Jejunal adenocarcinoma presents a diagnostic and therapeutic challenge due to its low incidence and nonspecific clinical presentation. A high index of clinical suspicion and a timely diagnostic approach are essential to improve prognosis. Further studies are needed to define new therapeutic strategies, especially in advanced disease.

Keywords:

Jejunal adenocarcinoma; Small bowel cancer; Late diagnosis

Introducción

Los tumores del intestino delgado son raramente investigados en el estudio clínico; esto se debe a su baja frecuencia de presentación, ya que representan menos del 3% de todos los tumores gastrointestinales y solo del 11 al 25% se localizan en el yeyuno [1, 2]. La incidencia anual del cáncer de intestino delgado es de 0,3 a 2,0 casos por 100.000 habitantes, su prevalencia es mayor en afrodescendientes, más frecuente en hombres que en mujeres. Su diagnóstico se realiza con mayor frecuencia entre la quinta y sexta década de la vida, su incidencia empieza a aumentar a partir de los 40 años de edad. La tasa actual de supervivencia en los EE. UU. a los 5 años es del 65% [3].

El más frecuente de los tumores malignos del intestino delgado es el adenocarcinoma (33-45%), de localización preferente en el duodeno y el yeyuno proximal, le siguen en frecuencia los tumores carcinoides, linfomas y sarcomas [4]. El adenocarcinoma de yeyuno es



un tipo raro de cáncer difícil de diagnosticar debido a sus síntomas vagos e inespecíficos, lo que a menudo conlleva un retraso en su diagnóstico y por ende, en su tratamiento [5].

Existen varias hipótesis para explicar la incidencia relativamente baja de los cánceres del intestino delgado. A diferencia del intestino grueso, un tiempo de tránsito rápido en el intestino delgado disminuye la exposición a toxinas lumenales y carcinógenos. La presencia de la enzima benzopireno hidroxilasa en la mucosa intestinal facilita la desintoxicación y reduce la producción de radicales libres de oxígeno en el intestino delgado [6].

Entre los factores de riesgo se han mencionado: estilos de vida, consumo de alcohol y tabaco, dietas inadecuadas, como una dieta baja en fibra, y una mayor ingesta de carne procesada y de bebidas con alto contenido de fructosa, que se asocian con una mayor probabilidad de adenocarcinoma de intestino delgado. Por otra parte, varios síndromes de cáncer hereditario pueden predisponer al desarrollo de adenocarcinomas, como la poliposis adenomatosa familiar, el síndrome de Lynch, entre otros. Las afecciones proinflamatorias, como la enfermedad de Crohn y la enfermedad celíaca, también pueden predisponer al desarrollo de esta neoplasia.

El cáncer de intestino delgado es asintomático en sus primeras etapas; a medida que la enfermedad progresa, se presentan síntomas a menudo inespecíficos, por lo que en la mayoría de los casos el diagnóstico se retrasa, con un promedio de 6 a 8 meses [7]. Pueden presentar síntomas como dolor abdominal y pérdida de peso, que son los más comunes. El sangrado, los vómitos, las náuseas y la obstrucción son menos frecuentes y generalmente se observan en estadios avanzados.

El diagnóstico incluye el cuadro clínico, a menudo inespecífico, ya mencionado. Exámenes complementarios, como la visualización directa mediante videocápsula o enteroscopia, con preferencia por este último método, ya que permite la toma de biopsias para su estudio anatomopatológico. Los estudios de imagen, como la tomografía simple y contrastada, tienen mayor sensibilidad y especificidad en estadios localmente avanzados y metastásicos. No existen marcadores tumorales a la fecha que permitan una buena caracterización, pero se pueden solicitar antígeno carcinoembrionario, Ca 19-9 y Ca 72-4.

La cápsula endoscópica se ha convertido en el método diagnóstico más sensible y específico para la enfermedad del intestino delgado. Se ha observado un aumento en la tasa de diagnóstico de tumores del intestino delgado, la mayoría de los cuales se detectan en casos de hemorragia gastrointestinal de origen desconocido, siendo el 50-60% de estos malignos [7]. Esta técnica tiene sus limitaciones en pacientes con obstrucción intestinal o con tránsito rápido, y no permite tomar muestras histológicas.

El cáncer de intestino delgado más frecuente, el adenocarcinoma, se localiza principalmente en el duodeno y en el yeyuno proximal, mientras que los otros tipos se localizan más distalmente [8].

Los adenocarcinomas de intestino delgado se presentan macroscópicamente como lesiones estenosantes, ulcerativas, infiltrativas o polipoides. La evaluación histopatológica muestra tumores bien a pobremente diferenciados con un grado variable de secreción de mucina [6].

La piedra angular del manejo es la resección quirúrgica, usualmente con un margen de al menos 5 cm, y la linfadenectomía, con un buen pronóstico oncológico en estadios tempranos, que presentan tasas de supervivencia superiores al 85% a 5 años [9]. No se ha demostrado que la quimioterapia adyuvante mejore la supervivencia, aunque en ocasiones se ha visto reacción

terapéutica con esquemas con FOLFOX, además de Irinotecan y gemcitabina, en la quimioterapia paliativa [8].

Existen factores de mal pronóstico en los pacientes con adenocarcinomas, que incluyen: sexo masculino, edad mayor de 55 años, metástasis a distancia, tumores mal diferenciados, tumores T₄, entre otros. Sin embargo, los tumores duodenales y/o ileales tienen un peor pronóstico que los adenocarcinomas yeyunales. En general, el pronóstico de los tumores del intestino delgado es malo. La tasa de supervivencia a 5 años de los pacientes depende del estadio del tumor: en estadio I, de 50 % a 60 %; en estadio II, de 39 % a 55 %; en estadio III, de 10 % a 40 %; y en estadio IV, de 3 % a 5 % [10].

Reporte de casos

Historia clínica

Presentamos el caso de un paciente masculino de 29 años con antecedentes de hipertensión arterial. Antecedentes familiares: madre con cáncer de mama y tío paterno con cáncer gástrico. Hábitos: tabaquismo y alcoholismo positivos. Consulta por cuadro de aproximadamente 6 meses de evolución, caracterizado por dolor abdominal acompañado de melenas. Es visto en esa ocasión en la clínica, donde realizan endoscopia digestiva alta con hallazgos de gastritis erosiva, y colonoscopia negativa. Se da de alta y se indica tratamiento clínico con mejoría parcial. El paciente evoluciona desfavorablemente, con pérdida de peso de aproximadamente 30 lb, además de astenia y adinamia. Hace 1 mes presenta una exacerbación de su dolor abdominal, por lo que es ingresado y se realiza una nueva endoscopia. En esta ocasión, el médico endoscopista menciona mucosa gástrica y duodenal con hallazgos y signos inflamatorios. En este estudio, se observa que el duodeno y, en el yeyuno, la asa inicial presentan un tumor exofítico que ocluye aproximadamente el 60% de su luz. El resultado de la biopsia demuestra la presencia de un tumor maligno sin especificar su estirpe, por lo que se solicita la revisión de placas y bloques de parafina en otro laboratorio de patología, cuyo resultado fue adenocarcinoma moderadamente diferenciado (Figura 1).

Figura 1. Adenocarcinoma moderadamente diferenciado en biopsia endoscópica de tumor en yeyuno (técnica de hematoxilina-eosina).

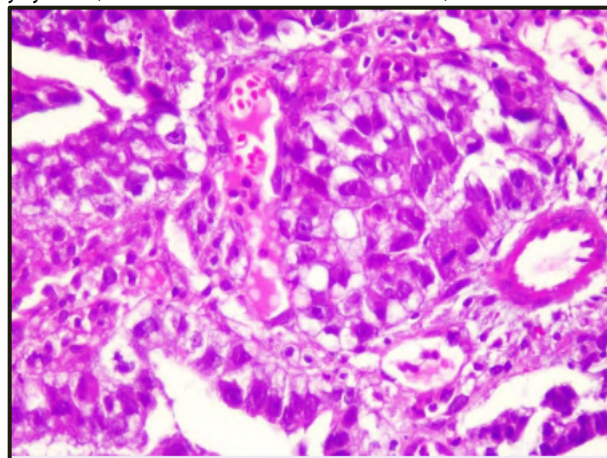
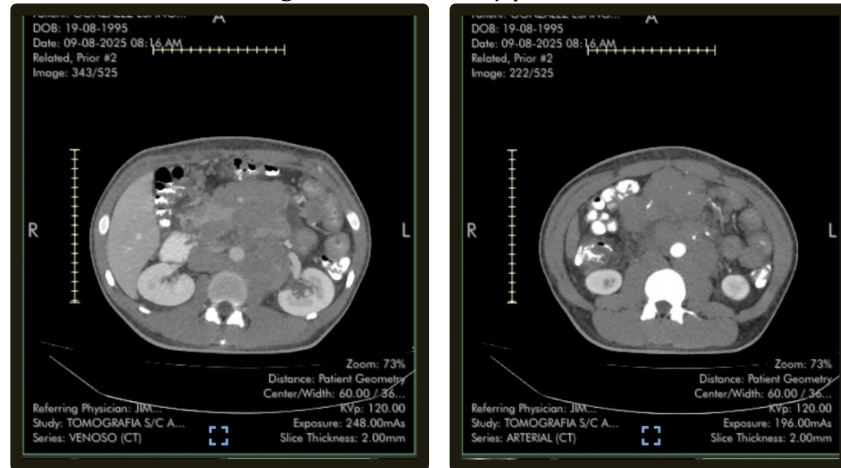
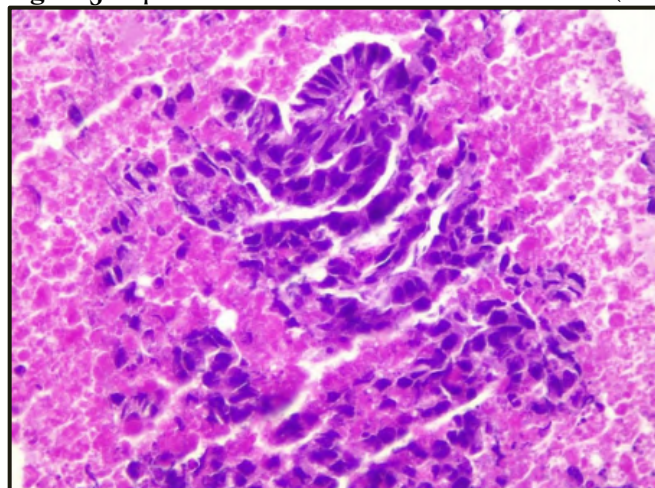


Figura 2. Corte coronal de tomografía de abdomen y pelvis.



Los exámenes de laboratorio: hematocrito 29.2 %, hemoglobina 9.4 gr/dL. Marcadores tumorales CEA, Ca 19.2 y Ca 72.4 dentro de valores normales. Valores de LDH elevado en 4174. Tomografía simple y contrastada de abdomen y pelvis: gran lesión infiltrativa que ocupa gran parte del retroperitoneo e intraperitoneo por un conglomerado ganglionar que invade estructuras vasculares, páncreas y glándula suprarrenal izquierda (flechas), considerar enfermedad linfoproliferativa (Figura 2). Al examen físico: ambulatorio. Peso: 60 kilos Talla 1,80 mts. Índice de masa corporal 19 kg/m². Palidez generalizada. Pulmones ventilados. Abdomen con resistencia muscular voluntaria en epigastrio y mesogastrio, se logra palpar área de emplastonamiento duro en mesogastrio. RHA presentes. Se solicitó biopsia dirigida por tomografía axial computarizada de conglomerado ganglionar retroperitoneal – latero-aórtica izquierda, y los hallazgos histológicos revelaron implantes metastásicos de un adenocarcinoma congruentes con el primario de intestino delgado (Figura 3).

Figura 3. Implantes metastásicos de Adenocarcinoma. (Técnica de Hematoxilina – eosina).





En vista del informe patológico con un Estadio IIIB: pT4, N2, Mo y considerando criterios de irreseccabilidad, el paciente es derivado al oncólogo clínico para tratamiento de quimioterapia neoadyuvante. Recibió 2 ciclos de quimioterapia basada en fluorouracilo y oxaliplatino. Al término de su segundo ciclo de quimioterapia, el paciente falleció.

Discusión

El carcinoma de intestino delgado es una neoplasia maligna poco frecuente que comprende principalmente los adenocarcinomas y los tumores carcinoides. El adenocarcinoma de intestino delgado representa el 30-40 % y se localiza predominantemente en el duodeno, mientras que su presencia en el yeyuno y el íleon se considera poco frecuente y suele asociarse a complicaciones como obstrucción, hemorragia gastrointestinal o perforación [11]. En el presente caso, el paciente presentó un cuadro de sangrado intestinal, lo que le conllevó una anemia aguda.

La incidencia global del cáncer de intestino delgado es muy baja, inferior a 1 por 100.000 habitantes, por lo que su estudio, comprensión y diagnóstico preoperatorio son muy limitados [8]. Sin embargo, en varias series se observa un aumento en las tasas de incidencia de cáncer de intestino delgado en casi todos los grupos de edad, importante resaltar la edad muy joven de nuestro paciente [12-15].

En varias series publicadas a nivel mundial se señala como edad promedio para el diagnóstico de esta neoplasia entre los 55 y 60 años de edad [13]. En el presente caso se trata de un paciente varón de 29 años, una edad infrecuente de aparición, que aparentemente presentó una demora en su diagnóstico.

Esta neoplasia ocasiona signos y síntomas inespecíficos, por lo que en la mayoría de los casos su diagnóstico es tardío y, como en el que nosotros publicamos, se realiza en un estadio avanzado de la enfermedad.

Las razones del retraso diagnóstico incluyen la presentación inespecífica, el desconocimiento del diagnóstico y la inaccesibilidad del intestino delgado para su estudio [7]. En el presente caso, el paciente fue sometido en un inicio a un estudio endoscópico alto, que llegó a evaluar hasta el duodeno. En un segundo estudio, casi a los 6 meses, la endoscopia se extendió hasta la primera asa de yeyuno, y es donde se localizó lesión tumoral.

En la actualidad, las ayudas complementarias diseñadas específicamente para el estudio del intestino delgado incluyen la videocápsula endoscópica, las técnicas de imágenes del intestino delgado (enterografía por tomografía computarizada o resonancia magnética), y la enteroscopia asistida por dispositivos; esta última permite una evaluación detallada de la superficie del intestino delgado con la posibilidad de toma de biopsias, tratamientos endoscópicos (hemostasia, polipectomía, extracción de cápsulas retenidas, etc.) [12].

El tratamiento de estos tipos de tumores se basa fundamentalmente en la cirugía amplia para reseccionar el tumor con márgenes de resección libres, junto con linfadenectomía regional. Si hay afectación ganglionar, se completará el tratamiento con quimioterapia postoperatoria. El tratamiento depende del estadio tumoral en el que se encuentre el paciente al momento del diagnóstico. No obstante, el uso de la quimioterapia neoadyuvante aún no está bien definido en estos tumores. En adenocarcinomas irreseccables se indica quimioterapia paliativa y en caso de que además presente oclusión amplia de la luz yeyunal, está indicada la resección paliativa [14].

En el caso que presentamos, el diagnóstico histopatológico se llegó a una etapa tardía; según las imágenes de la tomografía, se reveló una gran lesión infiltrativa que ocupa gran



parte del retroperitoneo e intraperitoneo, por un conglomerado ganglionar que invade estructuras vasculares, el páncreas y la glándula suprarrenal izquierda, con criterios de irresecabilidad de la lesión. Se realizó interconsulta con el servicio de Oncología Clínica sobre la posibilidad de tratamiento con quimioterapia neoadyuvante.

Para el adenocarcinoma de intestino delgado, se ha establecido la terapia sistémica en casos avanzados, en particular tras la progresión de la terapia de primera línea con fluorouracilo y regímenes basados en oxaliplatino. Hasta la fecha, se han descrito diversas terapias basadas en agentes citotóxicos, incluidos regímenes que contienen irinotecán o taxanos; sin embargo, su eficacia es limitada. Dada la situación actual, existe una necesidad médica urgente e insatisfecha de opciones de tratamiento adicionales para el manejo de esta neoplasia. Actualmente, varios estudios sugieren que la inmunoterapia puede ser una estrategia potente en un subconjunto de pacientes con adenocarcinoma de intestino delgado avanzado [16]. Se requieren ensayos aleatorizados a gran escala para confirmar la utilidad de la inmunoterapia en el manejo de esta neoplasia, así como el papel de los biomarcadores [17].

En cualquier caso, dado lo infrecuente de los tumores primitivos del intestino delgado, constituyen un verdadero reto para el diagnóstico y requieren una minuciosa anamnesis y un elevado índice de sospecha inicial para evitar demoras en el tratamiento [14].

Conclusión

El adenocarcinoma de yeyuno plantea desafíos diagnósticos debido a su baja incidencia. El retraso en el diagnóstico del adenocarcinoma de yeyuno puede provocar complicaciones y una baja probabilidad de curación, por lo que su diagnóstico oportuno mejora significativamente el pronóstico del paciente. Los profesionales deben ser cautelosos y estar informados sobre esta condición poco frecuente. Las consecuencias del infradiagnóstico del adenocarcinoma de intestino delgado y su impacto en la supervivencia de los pacientes requieren mayor investigación.

Abreviaturas

CEA: Antígeno carcino embrionario.

FOLFOX: Quimioterapia combinada con: FOL: Ácido folínico (también conocido como leucovorina o folinato de calcio).F: Fluorouracilo (a menudo abreviado como 5-FU). OX: Oxaliplatino

Información suplementaria

Los materiales suplementarios no han sido declarados.

Agradecimientos

No declarada.

Contribuciones de los autores

Jorge Jiménez Barahona: Conceptualización, curación de datos, investigación, metodología, visualización, redacción-borrador original.

Pablo Jiménez Benavides: Conceptualización, curación de datos, investigación, administración del proyecto, y redacción del borrador original.

María del Carmen Palacios del Campo: Conceptualización, curación de datos, investigación, administración del proyecto, y redacción del borrador original.

Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Financiamiento

El estudio fue autofinanciado por los autores.

Disponibilidad de datos o materiales

No aplica.



Declaraciones

Aprobación del comité de ética y consentimiento para participar

No requerido para casos clínicos.

Consentimiento para publicación

Los autores cuentan con el permiso por escrito del paciente para la publicación.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Uso de IA generativa

Los autores declaran haber usado la IA generativa de forma responsable en la sección "Introducción", sin sustituir el pensamiento crítico, la experiencia y el juicio de los autores. La IA se utilizó bajo supervisión y control para elaborar la sección de discusión. El uso de la herramienta de IA garantiza la privacidad y la confidencialidad de los datos y aportaciones, incluidos los manuscritos publicados e inéditos, así como cualquier información personal identificable. Se ha cumplido con las políticas de la revista que permiten el uso de IA generativa únicamente en las secciones de introducción y discusión. Solo se otorgan derechos limitados a la IA para prestar un servicio. Se revisaron y verificaron cuidadosamente la precisión, la integridad y la imparcialidad de todos los resultados generados por IA, a fin de garantizar que el manuscrito refleje una contribución auténtica y original.

Información de los autores

Jorge Jiménez Barahona, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Central del Ecuador (Quito, 2003). Especialista en Cirugía General por la Universidad de Guayaquil (Guayaquil, 2019). Especialista en Cirugía Oncológica por la Universidad de Guayaquil (Guayaquil, 2007). Médico tratante del servicio de Cirugía Oncológica del Hospital Alcívar.

Correo: jmjimenezbarahona@yahoo.es

ORCID <https://orcid.org/0009-0002-8397-4435>

Pablo Jiménez Benavides, Médico por la Universidad de Guayaquil, (Guayaquil 2020). Médico Residente del Hospital Alcívar.

Correo: pabjimenez@hotmail.com

ORCID <https://orcid.org/0009-0007-4813-2247>

María Del Carmen Palacios del Campo, Médica por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, (Guayaquil, 2021). Médico Residente del Hospital Alcívar.

Correo: mdcpalacios1@gmail.com

ORCID <https://orcid.org/0009-0003-1939-7853>

Referencias

1. Packová B, Kunovský L, Eid M, Kroupa R, Dastych M, Šenkyřík M, Grolich T, Hustý J, Jabandžiev P, Kubeš V, Prochazka V, Dolina J. Adenocarcinom tenkého střeva diagnostikovaný pomocí video kapslové endoskopie u pacientky s celiakií: kazuistika a přehled literatury [Small bowel adenocarcinoma diagnosed by video capsule endoscopy in a patient with celiac disease: a case report and review of literature]. Vnitr Lek. 2020 Fall;66(7):39-42. Czech. PMID: [33380133](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33380133/).
2. Tahmasbi H, Kashani P, Haghbin Toutounchi A, Sadeghmousavi S, Hasanzade A, Aghaei M. Jejunal adenocarcinoma; a case report and literature review. Int J Surg Case Rep. 2024 Mar;116:109372. doi: [10.1016/j.ijscr.2024.109372](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.109372). Epub 2024 Feb 14. PMID: 38387372; PMCID: PMC10943634.
3. Li J, Wang Z, Liu N, Hao J, Xu X. Small bowel adenocarcinoma of the jejunum: a case report and literature review. World J Surg Oncol. 2016 Jul 4;14(1):177. doi: [10.1186/s12957-016-0932-3](https://doi.org/10.1186/s12957-016-0932-3). PMID: 27402105; PMCID: PMC4940967.



4. Ahmed N, Rana HN. Primary Jejunal adenocarcinoma - An unsuspected culprit. *J Pak Med Assoc.* 2018 Mar;68(3):471-474. PMID: [29540890](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29540890/).
5. Paredes González EJ, Gonzalez Benitez KM, Tavarez Reynoso LJ, Tapia Garcia L. Adenocarcinoma in the Jejunum Presenting as Acute Abdomen and Melena in an Otherwise Healthy Patient: A Case Report. *Cureus.* 2024 Oct 21;16(10):e72011. doi: [10.7759/cureus.72011](https://doi.org/10.7759/cureus.72011). PMID: 39434934; PMCID: PMC11492811.
6. Patel J, Zhang H, Sohail CS, Montanarella M, Butt M. Jejunal Adenocarcinoma: A Rare Cause of Small Bowel Obstruction. *Cureus.* 2022 Jan 13;14(1):e21195. doi: [10.7759/cureus.21195](https://doi.org/10.7759/cureus.21195). PMID: 35165635; PMCID: PMC8839446.
7. Shah PP, Kothari S. Jejunal adenocarcinoma-a case report with review. *Indian J Surg.* 2013 Jun;75(Suppl 1):82-5. doi: [10.1007/s12262-011-0354-y](https://doi.org/10.1007/s12262-011-0354-y). Epub 2011 Nov 12. PMID: 24426522; PMCID: PMC3693333.
8. Bouali M, Sylvestre K, Benghait H, El Bakouri A, El Hattabi K, Bensardi FZ, Fadil A. Small bowel adenocarcinoma a rare cause of upper gastrointestinal obstruction (a case report and literature review). *Int J Surg Case Rep.* 2022 Feb;91:106763. doi: [10.1016/j.ijscr.2022.106763](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.106763). Epub 2022 Jan 11. PMID: 35030405; PMCID: PMC8760343.
9. Murthy JM, Mitra S, Naik SR, Monga NK, Kaushik SP, Datta BN. Jejunal adenocarcinoma. Report of two cases. *Indian J Cancer.* 1976 Mar;13(1-3E760611-761022-3):84-7. PMID: [965030](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/965030/).
10. García García MD, Galván Fernández MD, Mouhtar El Halabi SA, Machuca Aguado J, Argüelles-Arias F. Unusual presentation of jejunal adenocarcinoma and ovarian metastasis. *Rev Esp Enferm Dig.* 2024 Apr;116(4):225-226. doi: [10.17235/reed.2023.9658/2023](https://doi.org/10.17235/reed.2023.9658/2023). PMID: 37170586.
11. Alherz F, Al Omoush TM, Alenezi NH, Albalawi TF, Alsaif O. Primary Adenocarcinoma of the Jejunum: Case Report of Rare Small Bowel Neoplasm. *Cureus.* 2022 Dec 28;14(12):e33032. doi: [10.7759/cureus.33032](https://doi.org/10.7759/cureus.33032). PMID: 36589706; PMCID: PMC9797756.
12. Paredes Méndez JE, Fernández Luque JL, Vargas Marcacuzco HT, Alosilla Sandoval PA, Gonzales Yovera JG, Arenas Gamio JL. Características clínico-patológicas y manejo de tumores primarios de intestino delgado de localización yeyuno-ilea [Clinical-pathological characteristics and management of primary tumors of the small intestine of jejunum-ileal location]. *Rev Gastroenterol Peru.* 2021 Oct-Dec;41(4):215-220. Spanish. PMID: [35613390](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35613390/).
13. Vlachou E, Koffas A, Toumpanakis C, Keuchel M. Updates in the diagnosis and management of small-bowel tumors. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2023 Jun-Aug;64-65:101860. doi: [10.1016/j.bpg.2023.101860](https://doi.org/10.1016/j.bpg.2023.101860). Epub 2023 Aug 12. PMID: 37652650.
14. Sahni M, Goel A, Pande P, Kumar K. Multiple Gastrointestinal Cancers in a Single Patient-a Rare Clinical Entity. *Indian J Surg Oncol.* 2018 Dec;9(4):633-635. doi: [10.1007/s13193-018-0770-6](https://doi.org/10.1007/s13193-018-0770-6). Epub 2018 May 16. PMID: 30538406; PMCID: PMC6265184.
15. Mousavi SE, Ilaghi M, Mahdavi Zadeh V, Ebrahimi R, Aslani A, Yekta Z, Nejadghaderi SA. A population-based study on incidence trends of small intestine cancer in the United States from 2000 to 2020. *PLoS One.* 2024 Aug 19;19(8):e0307019. doi: [10.1371/journal.pone.0307019](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307019). PMID: 39159196; PMCID: PMC11332941.



-
16. Sugiyama K, Owaki S, Sato M, Shiraishi K, Kato K, Kitagawa C. Immunotherapy for Unresectable Small Bowel Adenocarcinoma: A Case Series. *In Vivo*. 2024 Jan-Feb;38(1):518-522. doi: [10.21873/invivo.13469](https://doi.org/10.21873/invivo.13469). PMID: 38148069; PMCID: PMC10756443.
 17. Vitiello F, Cereda S, Foti S, Liscia N, Mazza E, Ronzoni M, Cascinu S. Immunotherapy in small bowel adenocarcinoma: a potential role? *Immunol Med*. 2024 Mar;47(1):1-5. doi: [10.1080/25785826.2023.2220938](https://doi.org/10.1080/25785826.2023.2220938). Epub 2023 Jun 9. PMID: 37293784.

DOI: Digital Object Identifier. **PMID:** PubMed Identifier.

Nota del Editor

Actas Médicas (Ecuador) se mantiene neutral respecto de los reclamos jurisdiccionales sobre los mapas publicados y las afiliaciones institucionales.
