

Tumor carcinoide recidivante de recto. Presentación de un caso

Autores Mabel Párraga,¹ Niyollys Franco,¹ José Sulbarán,² Héctor Dao,³ Sergio Poli, Andrés Suárez⁴

Instituciones ¹Gastroenterólogos, ²Patólogo, ³Cirujano y ³Oncólogo Centro Médico Loira. Caracas. ⁴Estudiante de 6to año de Medicina. ULA.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2011;65(4):364-366. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Dra. Mabel Párraga. Médico Gastroenterólogo. Centro Médico La Loira, Caracas, Venezuela
Correo-e: mabelpds@hotmail.com

Fecha de Recepción: 15 septiembre 2010 Fecha de Revisión: agosto 2011 Fecha de Aprobación: noviembre 2011

Resumen

Los tumores carcinoide son neoplasias que incluyen un grupo de lesiones muy heterogéneas y de lento crecimiento. La mayoría de ellos aparecen en tracto respiratorio y aparato digestivo, en apéndice, intestino delgado y recto en un 90% de los casos. La presentación en recto a menudo es tratable y curable y las metástasis están relacionadas con el tamaño del tumor, siendo los menores a 1 cm lesiones con poca probabilidad de metástasis y los mayores de 1 cm con frecuencia dan metástasis. Los tumores carcinoide a excepción de los de recto, pueden producir una variedad de sustancias endocrinas cuya manifestación clínica es el síndrome carcinoide. El tratamiento de elección es la cirugía y en los casos de lesiones pequeñas, la resección endoscópica suele ser suficiente si no sobrepasan la submucosa y no hay atipias. Presentamos el caso de un paciente masculino de 63 años, con síntomas pépticos y alteraciones del hábito intestinal, evaluado con hallazgos de pólipo en recto, cuya histología reporto tumor carcinoide de 0.8 cm por lo que se practico resección mucosal. Un año después en control endoscópico se evidencio nueva lesión carcinoide en recto alto a 5cms por debajo de la lesión previa, la cual fue resecada endoscópicamente con hallazgos de invasión a la submucosa, al USE no se evidencio lesión carcinoide ni adenomegalias. Se refirió a Cirugía para tratamiento quirúrgico, se practicó colectomía izquierda sin evidencias histológicas de tumor en la pieza operatoria.

Palabras Clave: Carcinoide, Recto, Síndrome carcinoide.

Summary

Carcinoid tumors are neoplasms that include a heterogeneous group of lesions and slow growth. Most of them appear in the respiratory and digestive tract, in appendix, small intestine and rectum in 90% of cases. The right presentation is often treatable and curable and metastases are associated with tumor size, being smaller than 1 cm lesions with low probability of metastasis and greater than 1 cm often give metastases. Carcinoid tumors except the rectum, can produce a variety of endocrine substances whose clinical manifestation is the carcinoid syndrome. The preferred treatment is surgery and in cases of small lesions, endoscopic resection is usually sufficient if not beyond the submucosa and no atypia. We report a male patient of 63 years, peptic symptoms and altered bowel habit, as assessed by rectal polyp findings, the histology reported carcinoid tumor of 0.8 cm so that practical mucosal resection. A year later endoscopic control evidenced rectal carcinoid reinjury high to 5cm below the previous injury, which was resected endoscopically with findings of invasion to the submucosa, there was no evidence to USE carcinoid lesion or lymphadenopathy. He referred to surgery for surgical treatment, left colectomy was performed without histologic evidence of tumor in the surgical specimen.

Key words: Carcinoid, Rectum, Carcinoid syndrome.

Introducción

El tumor carcinoide es una lesión que pertenece a un grupo heterogéneo de neoplasias que derivan de las células de Kulchitsky y que pueden producir hormonas y/o aminas vasoactivas. La mayoría se localizan en el tracto gastrointestinal especialmente apéndice, intestino delgado y recto entre otros. Los tumores carcinoides son más frecuentes en el sexo femenino, en edades entre la 5ta y 7ma década, y más frecuente en afroamericanos. Los carcinoides gastrointestinales crecen lentamente, los carcinoides de recto raramente producen hormonas. En los carcinoides rectales menores de 1 cm de diámetro la resección local es suficiente, también la resección mucosal cuando no sobrepasen la submucosa y no existan atipias. Los tumores mayores de 2 cm deberán considerarse malignos y se tratan con una operación de cáncer adecuada, pero se prefieren procedimientos que preservan el esfínter cuando sea posible. De otro modo, la terapia estándar incluye resección abdominoperineal. Los tumores de 1 a 2 cm de diámetro pueden tratarse de cualquier forma y continúa siendo controversial la conducta. El pronóstico para cualquier paciente tratado de carcinoide y que tenga enfermedad evolutiva, recidivante es precario. La selección de tratamiento adicional depende de la cirugía previa, la localización de la recidiva y también las consideraciones individuales de cada paciente. La recidiva en cualquier sitio también podría ser potencialmente resecable. Los ensayos clínicos están avanzando y han generado grandes expectativas en cuanto a fármacos para las recidivas. Los tumores carcinoides usualmente son asintomáticos, solo rara vez producen síntomas locales como sensación de peso y obstrucción intestinal. Sin embargo, los productos secretados por algunos carcinoides pueden producir una gran variedad de síndromes o endocrinopatías (síndrome carcinoide, síndrome de Zollinger Ellison, síndrome de Cushing, hiperinsulinismo). En relación con el diagnóstico paraclínico, la literatura reporta la utilidad de los niveles séricos de la 5-hidroxitriptamina y de su metabolito 5-hidroxi-indolacético.

Caso Clínico

Paciente masculino de 63 años de edad, quien refiere clínica de dispepsia y alteración del hábito intestinal, se realizó colonoscopia que reveló pólipo en recto de aproximadamente 0.8 cm, cuyo hallazgo anatomopatológico reveló tumor carcinoide polipoides, patrón mixto, por lo que se practicó resección mucosal.

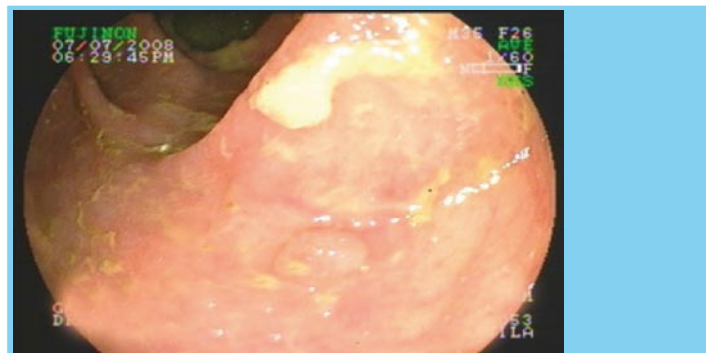


Figura 1

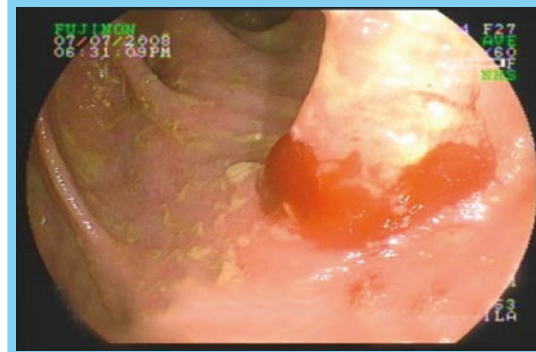


Figura 2

Un año después se realiza estudio endoscópico control donde se observa pólipo en recto alto, de mayor tamaño, superficie irregular, el estudio histológico reportó tumor carcinoide submucoso patrón acinar, focalmente infiltrante a la mucosa.

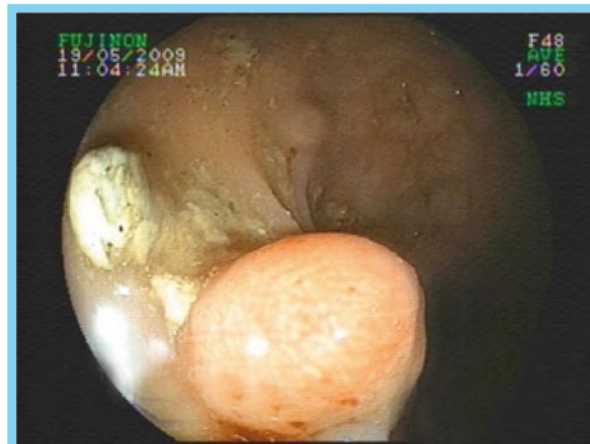


Figura 3



Figura 4

Al ultrasonido endoscópico no se evidencia tumor ni adenomegalias. Es evaluado en conjunto con cirugía general y oncología médica decidiéndose realizar colectomía izquierda, sin evidencias histológicas de tumor en pieza operatoria.

Discusión

El Carcinoide es el tumor neuroendocrino más frecuente con una incidencia de 2 a 2.4 por 100.000 habitantes por año, son tumores submucosos en su mayoría aparecen como hallazgos en exploraciones. La resección endoscópica ha demostrado ser una técnica segura y eficaz. En el recto hasta un 85% de los tumores ya están localizados y con un tamaño menor a 1 cm menos de un 2% presentan enfermedad metastásica no así los mayores de 2 cm que presentan metástasis en más del 70% de los casos. El tratamiento de los tumores carcinoides a través de resección endoscópica no es nuevo, Higaki y su grupo en el 1997, presentó una serie de 22 casos de carcinoides rectales donde el tamaño de la lesión y la invasión a la submucosa eran los más importantes criterios para indicar resección mucosal, posteriormente Imada Shirakata y más recientemente Oshitani y cols corroboraron que las lesiones de 10 mm o menos con estudios de extensión negativo y con la capa muscular respetada representan los casos donde la resección endoscópica es el tratamiento de elección.

En vista que la resección endoscópica presenta una tasa de complicaciones bien documentada que va del 4 al 16%, el uso del USE como la técnica de elección para tamaño, localización, e incluso para inferir la naturaleza de la lesión esta muy clara. Hay diversas técnicas para resección de tumores carcinoides, desde la polipectomía con asa hasta inyección submucosal y resección con capuchón o ligadura con bandas elásticas, esta última publicada por Ono y cols donde resecaron con bandas el 100% de la lesión.

En nuestro caso, es importante recalcar que se trató de tumores primarios múltiples, específicamente un tumor metacrónico lo cual ha sido descrito en la literatura y ocurre en un 55% de los casos. En el primer tumor se realizó resección mucosal con inyección submucosa de adrenalina. Posteriormente y documentados con el USE ante la presencia de una segunda lesión 1 año después, se practicó hemicolectomía izquierda.

Clasificación

Título: Tumor carcinoide recidivante de recto. Presentación de un caso.

Área: Gastroenterología.

Tipo: Reporte de caso.

Tema: Colon.

Patrocinio: Este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial.

Referencias Bibliográficas

1. Elizalde I, Borda F. Tratamiento actual del tumor carcinoide. *Gastroenterología y Hepatología*. 2002;25(8):508-513.
2. Tumores Carcinoides Gastrointestinales. National Cancer Institute.
3. Pastore Rita, Bilenca Oscar L et al. Tumor Carcinoide de Recto. *Revista Argentina de Cirugía*. 2001;80(6):210-213.
4. Palacios, Luis; Fuentes, Juan et al. Tumor Carcinoide Retroperi-

toneal. *Revista Venezolana de Oncología*. 2006.8(1)

5. Imada-Shirakata Y, Sakai M, Kajiyama T, Kin G, Inoue K, Torii A, et al. Endoscopic resection of rectal carcinoid tumors using aspiration lumpectomy. *Endoscopy* 1996;28:34-8.

6. Higaki S, Nishiaki M, Mitani N, Yanai H, Tada M, Okita K. Effectiveness of local endoscopic resection of rectal carcinoid tumors. *Endoscopy* 1997;29:171-5.