

**TUMORES CARCINOIDES GASTROINTESTINALES EN DOS
PACIENTES, HOSPITAL MANUEL URIBE ÁNGEL DE ENVIGADO,
ANTIOQUIA**

Jack Antonio Díaz Brito, Jesús Vásquez***

INTRODUCCIÓN

En 1838 Merling describió la patología macroscópica de un tumor carcinoide del apéndice, dando los cimientos para el estudio de éstos tumores, fue entonces Oberndorfer en 1907 (1) quien utilizó el término Karzinoide a neoplasias con comportamiento más benigno que los carcinomas. El término carcinoide es hoy menos bien definido, en un reciente simposio internacional de tumores carcinoides un grupo de patólogos con especial interés en tumores endocrinos han propuesto una clasificación revisada de tumores neuroendocrinos del pulmón, páncreas y el intestino (2), con esta nueva clasificación el término carcinoide ha sido reemplazado por el término "tumor neuroendocrino" para designar la totalidad de neoplasias con características neuroendocrinas. Estos tumores tienen una incidencia de 1.5 por 100.000 habitantes (3) y representan el 55% de todas las neoplasias endocrinas del intestino y entre el 13 - 34% de los tumores del intestino delgado (4).

Histológicamente son formados por acúmulos sólidos de células pequeñas monótonas con excepcionales mitosis y con cinco variables histológicas (5):

Acúmulos sólidos nodulares.

Patrón trabecular.

Patrón tubular o acinar.

Patrón de baja o atípica diferenciación y

Patrón combinado.

Los tumores mixtos que muestran un patrón acinar y glandular tienen la mejor tasa de supervivencia media de 4.4 años mientras que el patrón indiferenciado es asociado con una supervivencia media muy pobre (5 meses) (6).

Estos tumores secretan una amplia variedad de productos, incluyendo aminas, takininas (sustancia P, neurokinina A, neuropéptido K) y otros péptidos que son los responsables de la sintomatología del síndrome carcinoide; a pesar del progreso en los métodos diagnósticos el reconocimiento de síndromes clínicos relacionados a la producción de hormonas por los tumores carcinoides es raro, en varias series se ha encontrado una prevalencia del 1 - 5% (4), (7).

Los tumores carcinoides gastrointestinales producen síntomas de acuerdo al sitio de origen particularmente los del intestino delgado son asintomáticos en un 70% cuando se presentan producen obstrucción intestinal, dolor o aquellos relacionados con el síndrome carcinoide (8). El diagnóstico puede hacerse de acuerdo a su localización en el tracto gastrointestinal (tránsito intestinal, colon por enema, endoscopia, enteroscopia, colonoscopia, Tomografía axial computarizada (TAC) o a la producción de ácido 5 hidroxindolacético en orina el cual sirve como marcador diagnóstico químico para el síndrome carcinoide (4).

El tratamiento depende de la localización del tumor, su tamaño, la presencia de metástasis y la necesidad o no de radioterapia o quimioterapia (7).

En éste artículo se describe la presentación de dos casos de tumores carcinoides gastrointestinales que fueron tratados en el Hospital Manuel Uribe Ángel (HMUA) del municipio de Envigado (Antioquia) en los años 1995 y 1998. Fueron dos pacientes del sexo femenino, con localización del tumor en el apéndice y

el íleon terminal, las cuales fueron intervenidas quirúrgicamente con diagnóstico inicial en el primer caso de obstrucción intestinal y de apendicitis en el segundo caso. El diagnóstico postoperatorio fue confirmado por patología como tumores carcinoides en ambos casos.

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

PRIMER CASO

Mujer de 55 años, soltera, secretaria, en 1998 fue remitida al HMUA de Envigado por dolor abdominal intermitente generalizado, asociado a deposiciones líquidas en promedio de 5 al día sin moco ni sangre, pérdida de peso de 15 kg en 3 meses, y en los últimos 2 días con paro de fecales y flatos negativos y vómito. Como antecedentes personales de importancia tenía una histerectomía abdominal hace 7 años por miomatosis uterina.

En el examen clínico de ingreso se encontró deshidratada estable pero con un abdomen distendido doloroso en hemiabdomen derecho, peristaltismo disminuído, timpanismo aumentado y al tacto rectal un esfínter tónico, con ampolla vacía, sin presencia de masas.

Los exámenes paraclínicos no mostraban anemia ni infección aguda y una función renal normal. La radiografía simple de abdomen en posición vertical muestra signos francos de obstrucción intestinal.

El diagnóstico inicial fue el de obstrucción intestinal por bridas y se comenzó tratamiento con medidas generales para su patología, al no obtener mejoría fue llevada a cirugía realizando una laparotomía exploradora y encontrando una masa de 4 x 4 cms localizada en el íleon terminal comprometiendo el apéndice y ganglios del mesenterio, se efectuó resección de 10 cms de íleon terminal incluyendo la masa, resección de ganglios del mesenterio y una hemicolectomía derecha con anastomosis ileotransversa en dos planos. El estado clínico postquirúrgico fue satisfactorio y fue dada de alta al noveno día del ingreso al hospital.

Se revisó por consulta externa 8 días después y se encontró en el resultado de patología: Un íleon terminal, ciego y colon ascendente por resección segmentaria, con tumor carcinóide de tipo clásico, con compromiso de todas las capas del colon hasta la grasa pericólica iclusive. Dos ganglios linfáticos comprometidos de los 17 disecados, margen de resección de meso comprometido. Inmunohistoquímica positiva para cromogranina. Fue remitida entonces al servicio de oncología del Instituto de Seguros Sociales para continuar su manejo.

SEGUNDO CASO

Mujer de 19 años, soltera, estudiante de bachillerato. Consultó en 1995 al HMUA de Envigado por 16 horas de dolor abdominal generalizado que había aumentado de intensidad, al momento del ingreso se encontraba localizado en la fosa ilíaca derecha (FID), asociado a náuseas, anorexia, flujo vaginal amarillo mal oliente. Como antecedentes personales estaba siendo manejada por ginecología para trastornos del ciclo menstrual y dolor pélvico crónico con anti-inflamatorios no esteroideos. La fecha de su última menstruación había sido hacía una semana al momento del ingreso, nulípara, con vida sexual activa y no planifica.

Fue evaluada al ingreso en condición estable, con lengua saburral y al examen abdominal con signos de irritación peritoneal en FID, se le practicó examen vaginal con dolor a la movilización de cuello y útero (el cual estaba de tamaño normal), se encontró un anexo derecho doloroso, sin masas y flujo blanquecino. El tacto rectal con esfínter tónico,

ampolla rectal vacía, sin masas y con dolor en FID a la movilización de pared rectal derecha.

Los exámenes paraclínicos mostraron leucocitosis con neutrofilia y citoquímico de orina normal. Se le diagnosticó apendicitis aguda y fue intervenida quirúrgicamente encontrando apéndice cecal de apariencia normal con trompas edematosas y congestivas, líquido libre en fondo de saco de Douglas, se le realizó apendicectomía, teniendo un

postquirúrgico satisfactorio, dándose de alta a las 24 horas.

Se revisó por consulta externa a los 8 días con el siguiente resultado de patología: apéndice cecal con tumor carcinoide de patrón tubular que no sobrepasa la capa muscular localizado en la punta del apéndice. La paciente ha tenido una buena evolución clínica, sin presentar recurrencias después de 4 años de operada.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Oberndorfer, S.:** *Karzinoiden tumoren des Dunndarms.* Frankfort Z. Pathol. 1:426, 1907
2. **Capella, C., Heitz, P.U., Hofler, H., Solcia, E., Kloppel, G.:** *Revised classification of neuroendocrine tumors of the lung, pancreas and gut.* Digestion 50 (Suppl. 3):11, 1994
3. **Buchanan, K. D., Johnston, C. F., O'Hare, M. M. T., et al.:** *Neuroendocrine tumors.*
4. **A European view.** Am. J. Med., 81(suppl. 66):14, 1986
5. **Sabiston, D., Lyerly, H.,** *The biological basis of modern surgical practice. Textbook Of surgery.* 15 ed. Pg 950-54. 1997
6. **Soga, J., and Tazawa, K.:** *Pathologic analysis of carcinoids: Histologic reevaluation Of 62 cases.* Cancer, 28:990, 1971
7. **Johnson, L. A., Lavin, P., Moertel, C.G., et al.:** *Carcinoids: The association of Histologic growth pattern and survival.* Cancer, 51:882, 1983