



Caso clínico

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Vol. 13 No. 1 Ene.-Mar. 2012

Manejo laparoscópico manoasistido de tumor carcinoide de recto. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Fátima González Jáuregui,* Jorge González Acosta,** Martín Vega de Jesús,**
Javier Alberto Kuri Osorio,** Susana Morate Corpas,**** Jorge E Monges Jones*****

Resumen

Los tumores carcinoideos son tumores poco frecuentes, con una incidencia de 0.5 a 8.4 casos por cada 100,000. El tracto gastrointestinal es el sitio más frecuente en un 68%, seguido por pulmones y bronquios en un 25%. El tumor carcinoide de recto representa el 1.8% de las neoplasias malignas de recto y es más frecuente en la sexta década de la vida. Aproximadamente, el 50% son asintomáticos y se encuentran de manera incidental en la colonoscopia. **Caso clínico:** Paciente masculino de 61 años que inició su padecimiento 12 meses previos a su ingreso con hematoquezia. Acudió con facultativo quien a la exploración anorrectal encontró lesión de 2 cm de diámetro a 8 cm del margen anal, se biopsió con diagnóstico de adenocarcinoma poco diferenciado. Se tomaron estudios para estadaje con hallazgo de metástasis hepáticas. Inició tratamiento con quimioterapia sin mejoría, por lo cual acudió con otro médico quien solicitó revisión de laminillas con diagnóstico de tumor neuroendocrino, se realizó tomografía por emisión de positrones/tomografía computada con evidencia metabólica en recto y metástasis hepáticas. Se realizó resección anterior baja extendida laparoscopia manoasistida y metastasectomía hepática.

Palabras claves: Tumor carcinoide, laparoscopia manoasistida, recto, tumor neuroendocrino.

Abstract

Carcinoid tumors are a very rare type of slow-growing cancer that arises in 0.5 to 8.4/100,000. The most common place of presentation is the gastrointestinal tract (68%) followed by the lungs and bronchus (25%). Rectal carcinoids represent 1.8% of the malignant neoplasms in the rectum being more frequently found during the sixth decade of life. Approximately 50% of the patients are asymptomatic at the moment of presentation, and most of them are diagnosed incidentally with a routine colonoscopy. **Case report:** A 61 year-old-male with an ongoing history of hematochezia for twelve months was seen in our service. A rectal lesion of 2 cm of diameter, at 8 cm of the anal margin was found. A biopsy was performed reaching the diagnosis, of poorly differentiated adenocarcinoma. Hepatic metastatic lesions were observed in the staging process. Treatment with chemotherapy was begun without improvement. A review of the histopathological report by another doctor was requested reaching the diagnosis of a neuroendocrine tumor. A Positron emission tomography computed tomography was performed, finding metabolic evidence in the rectum and the hepatic lesions. A hand assisted laparoscopic resection of the tumors was fulfilled with metastatic hepatic resection.

Key words: Carcinoid tumor, hand assisted laparoscopy, rectum, neuroendocrine tumor.

Abreviaturas:

PET/CT: Tomografía por emisión de positrones/tomografía computada.

RM: Resonancia magnética.

TAC: Tomografía axial computada.

USG: Ultrasonido.

* Residente de Cirugía General del Centro Médico ABC.

** Cirugía General. Cirugía Laparoscópica Avanzada. Centro Médico ABC.

*** Cirugía Laparoscópica Avanzada. Centro Médico ABC.

**** Cardiología. Centro Médico ABC.

***** Cirugía Oncológica. Hospital General de México.

Correspondencia:

Dra. Fátima González Jáuregui.

Residente de Cirugía General del Centro Médico ABC.

Calle Sur 136 Núm. 116. Hospital ABC. Observatorio,

Colonia Las Américas, 01120, Delegación Álvaro Obregón.

Teléfono 5230 8000 ext. 8660

INTRODUCCIÓN

La incidencia de los tumores carcinoideos es de 0.5 a 8.4 casos por cada 100,000.¹⁻³ El sitio más frecuente es en el tracto digestivo en un 68%, con mayor frecuencia en el intestino delgado (42%), seguido por el recto (27%), estómago (9%), apéndice y colon.^{4,5}

Los carcinoideos son tumores neuroendocrinos capaces de secretar sustancias vasoactivas, son de crecimiento lento y en su mayoría asintomáticos cuando se encuentran en el tracto gastrointestinal.

Los tumores neuroendocrinos más frecuentes se caracterizan por presentar enolasa específica de neuronas y cromogranina, y se componen de células uniformes, redondas o poligonales.

Se clasifican según su embriología: protogastrio (pulmón, esófago, estómago, hígado, duodeno), intestino medio

(intestino delgado, colon proximal) e intestino posterior (colon distal y recto).^{1,2}

Los carcionoides de recto son poco frecuentes. Aproximadamente el 50% son asintomáticos y se encuentran de manera incidental. En el momento del diagnóstico, el 60 a 90% de estos tumores son menores a 1 cm.^{6,7}

Es importante el tamaño de estos tumores, ya que de esto dependerá el tratamiento, que puede variar desde una escisión local a cirugías más agresivas como la resección anterior baja o resección abdominoperineal. Asimismo, el tamaño de la lesión nos orienta a la probabilidad de metástasis, los mayores a 2 cm en el 70-80% presentan metástasis al momento del diagnóstico. El sitio más frecuente de metástasis son hígado, pulmón y hueso.⁶⁻⁸

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 61 años, que inició su padecimiento 12 meses previos a su ingreso con hematoquezia. Acudió con facultativo quien a la exploración anorrectal encontró lesión de 2 cm de diámetro a 8 cm del margen anal, se tomó biopsia con diagnóstico de adenocarcinoma poco diferenciado. Se tomaron estudios para estadaje con metástasis hepáticas. Se inició tratamiento con quimioterapia, 10 sesiones, sin mejoría, por lo cual acudió con médico tratante quien solicitó una revisión de laminillas, con diagnóstico de tumor neuroendocrino, se realizó tomografía axial computada (TAC) (Figuras 1 y 2) y tomografía por emisión de positrones/tomografía computada (PET/CT) (Figura 3) con evidencia metabólica en recto y metástasis hepáticas, así como resonancia magnética (RM) para etapificar la infiltración tumoral.

Se realizó resección hepática de metástasis de lóbulo derecho e izquierdo del hígado; resección anterior baja extendida e ileostomía protectora por abordaje laparoscópico manoasistido. Se inició vía oral al tercer día y fue egresado al séptimo día sin complicaciones.

Patología: tumor de 2.4 cm de diámetro mayor con invasión a profundidad hasta la muscular propia sin rebasarla, invasión vascular linfática presente, márgenes quirúrgicos libres y metástasis a 4 de 11 ganglios.

DISCUSIÓN

Los tumores carcionoides son tumores poco frecuentes, sin embargo, se cree que la incidencia es mayor, ya que este tipo de tumores tienen una clínica indolente. Los carcinoi-des de recto son poco frecuentes, representan el 1.8% de las neoplasias malignas de recto y son más frecuente en la sexta década de la vida.^{2,6,7} Aproximadamente, el 50% son asintomáticos y se encuentran de manera incidental en la colonoscopia. La sintomatología más frecuente es el sangrado rectal, dolor y constipación.

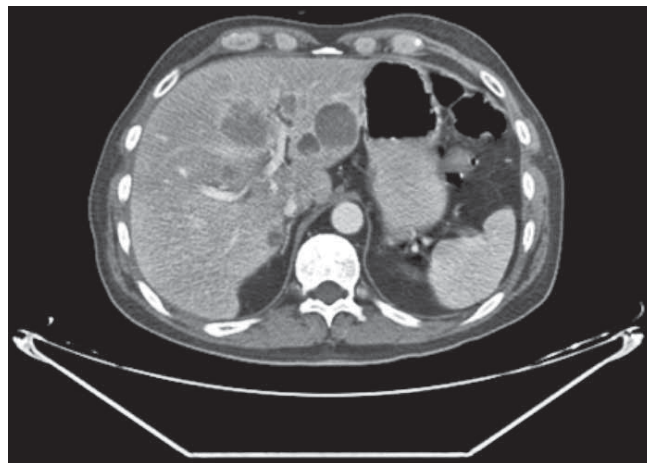


Figura 1. TAC Abdominal, metástasis hepáticas.



Figura 2. TAC abdominopélvica, engrosamiento de pared de recto en cara anterior, espesor 17 mm.

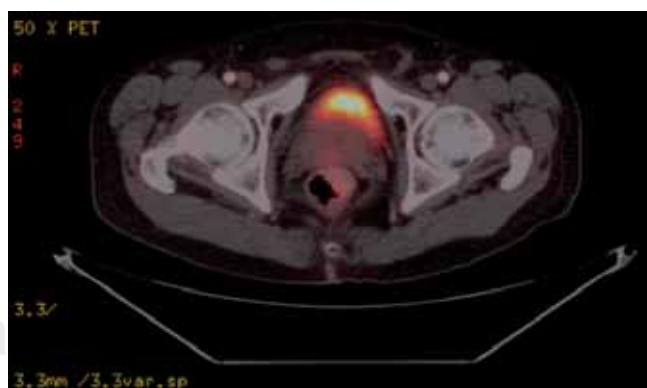


Figura 3. PET CT, imagen con engrosamiento focal de pared de recto con aumento moderado en actividad metabólica SUV 4.5.

Los carcinoi-des rectales raramente presentan síndrome carcinoide, sólo el 20% de los pacientes cursan con metástasis hepática.²⁻⁴

Se necesita realizar estudios de imagen para el estadiaje del paciente, los estudios más utilizados son TAC y ultrasonido (USG) abdominal. El USG abdominal tiene una sensibilidad de 82% y especificidad de 92% para detectar metástasis hepáticas, mientras que la TAC tiene un 73% y 93%, respectivamente. Los estudios nucleares con octreótido, octreoscan, ayudan a localizar el tumor primario, ya que éste presenta muchos receptores de somatostatina. Los métodos para estudiar el nivel de invasión a las capas de la pared intestinal en tumores rectales son USG transrectal o resonancia magnética (RM), teniendo una sensibilidad del 79.41% y especificidad del 93.14% en RM. Mientras que el USG transrectal tiene una sensibilidad del 70.59% y especificidad del 90.20%. En la detección de las metástasis ganglionares regionales, la RM tiene una sensibilidad y especificidad del 61.76 y 80.88%, respectivamente; y el USG transrectal tiene una sensibilidad de 52% y una especificidad de 84.3%.^{4,7,9-11}

Es importante el tamaño de estos tumores, ya que los tumores menores a 1 cm presentan metástasis en menos del 5%, los tumores entre 1 a 1.9 cm de 4 a 33%, mientras que los mayores a 2 cm tienen un 70 a 80% de presentación de metástasis al momento del diagnóstico.²

El tratamiento quirúrgico es el tratamiento de elección, idealmente consiste en la resección del tumor primario. Los tumores menores a 1 cm raramente metastatizan y requieren tratamiento local. En contraste con tumores mayores a 2 cm, tienen mayor riesgo de tener metástasis por lo que el tratamiento requiere de cirugía radical, mientras que en los tumores de 1 a 2 cm, el tratamiento es controversial. En series recientes, el 47% de los pacientes con tumores de 1 a 2 cm tienen evidencia de metástasis.⁶

En los pacientes con tumores mayores a 2 cm, generalmente se realiza resección anterior baja (como el caso de nuestro paciente) o resección abdominopélvica. El tratamiento quirúrgico en pacientes sin metástasis, condiciona una sobrevida de 90% a 4 años y, en caso de presencia de metástasis factibles de resección quirúrgica, tiene una sobrevida de 70% a los cuatro años.⁶ Otras opciones terapéuticas para las metástasis son ablación, quimioembolización, embolización de la arteria hepática.⁴ La radiación externa se ha visto que tiene poco beneficio y sólo es útil en caso de metástasis óseas. Sin embargo, la terapia radionuclear tiene un beneficio para sintomatología en caso de síndrome carcinoide en un 65%.⁷ También existe terapia médica con análogos de somatostatina, que mejoran la sintomatología por síndrome carcinoide de un 50 a 75%, los más utilizados son sandostatina y lanreotida.^{4,6,12}

CONCLUSIÓN

El pensar y diagnosticar un tumor carcinoide de recto de inicio es raro por la baja incidencia por lo cual, el estudio patológico es nuestra principal ayuda. Los síntomas suelen ser vagos, por lo que los tumores al ser diagnosticados pueden presentar metástasis hepáticas. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica; en los pacientes con metástasis se deberá considerar metastasectomía. En caso de no poder realizar resección completa de las metástasis, la quimioembolización o la ablación han tenido buenos resultados. El síndrome carcinoide se presenta sólo en el 20% de los casos, se puede tratar con análogos de la somatostatina con una mejoría de la sintomatología hasta del 75% de los casos.

REFERENCIAS

1. Gutiérrez G, Daniels IR, García A, Ramia JM. Case report peritoneal carcinomatosis from a small bowel carcinoid tumour. *World J Surg Oncol* 2006; 4: 75.
2. Kulke MH, Mayer RJ. Carcinoid tumours. *N Engl J Med* 1999; 340: 858-868.
3. Bax ND, Woods HF, Batchelor A, Jennings M. Clinical manifestations of carcinoid disease. *World J Surg* 1996; 20: 142-146.
4. Pasieka JL. Carcinoid tumors. *Surg Clin North Am* 2009; 89: 1123-37.
5. Estadísticas del National Cancer Institute Surveillance, Epidemiology and End Results, 1973-1997.
6. Kulke MH. Clinical presentation and management of carcinoid tumors. *Hematology Oncology Clinics of North America* 2007; 21: 433-455.
7. Kwaan MR, Goldberg JE, Bleday R. Rectal carcinoid tumors: review of results after endoscopic and surgical therapy. *Arch Surg* 2008; 143: 471-5.
8. Koura A, Giacco G, Curley S, Skibber J, Feig B, Ellis L. Carcinoid tumors of the rectum. *Cancer* 1997; 79: 1294-1298.
9. Creutzfeldt W. Carcinoid tumours: development of our knowledge. *World J Surg* 1996; 20: 126-131.
10. Cockey BM, Fishman EK, Jones B, Siegelman SS. Computed tomography of abdominal carcinoid tumor. *J Comput Assist Tomogr* 1985; 9: 38-42.
11. Halefoglu AM, Yildirim S, Avlanmis O, Sakiz D, Baykan A. Endorectal ultrasonography versus phased-array magnetic resonance imaging for preoperative staging of rectal cancer. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 3504-3510.
12. Di Bartolomeo M, Bajetta E, Buzzoni R, Mariani L, Carnaghi C, Somma L, Zilembo N, di Leo A. Clinical efficacy of octreotide in the treatment of metastatic neuroendocrine tumors. A study by the Italian Trials in Medical Oncology Group. *Cancer* 1996; 77: 402-408.