

Gastrectomía, retiro de banda gástrica y bypass gástrico laparoscópico como manejo quirúrgico de tumor carcinoide

Carlos López-Caballero,* Gonzalo Manuel Torres-Villalobos,* Diego Martín García-Vivanco,*
Marcel Alejandro Sanabria-González,* Amado de Jesús Athié-Athié,* José Manuel Correa-Rovelo*

RESUMEN

El tumor carcinoide gástrico comprende un amplio espectro de neoplasias con origen en las células enterocromafines de la mucosa del estómago, denominándose actualmente tumores neuroendocrinos gástricos. Su clasificación se basa en tumores de tipo 1, 2 y 3. Se presenta el caso de un paciente masculino que presentó un tumor carcinoide de estómago candidato a gastrectomía. Debido a que el paciente presentaba obesidad mórbida, resistente a la colocación de banda gástrica ajustable, la realización de un bypass gástrico como reconstrucción después de la gastrectomía representó un manejo definitivo para los dos padecimientos.

Palabras clave. Tumor neuroendocrino gástrico. Polipectomía. PET-CT.

ABSTRACT

The gastric carcinoid tumor comprises a broad spectrum of neoplasms arising from enterochromaffin cells in the stomach mucosa, being currently called gastric neuroendocrine tumor. Its ranking is based on tumor type 1, 2 and 3. We presented the case of a male patient who had stomach carcinoid tumor and gastrectomy candidate. Because the patient was morbidly obese, placing resistant adjustable gastric band, performing a gastric bypass as reconstruction after gastrectomy represented a definitive management for both conditions.

Key words. Gastric neuroendocrine tumor, polypectomy, PET-CT.

INTRODUCCIÓN

El tumor carcinoide gástrico comprende un amplio espectro de neoplasias con origen en las células enterocromafines de la mucosa del estómago, en la actualidad reciben el término de tumores neuroendocrinos gástricos. En los últimos cinco años se ha encontrado un aumento en la incidencia de estos tumores, presentándose en uno a dos por cada 100,000 habitantes. El 64% de estos tumores neuroendocrinos se originan del tracto gastrointestinal, siendo más comunes en intestino delgado con 29%, recto con 14%, estómago 5% y apéndice 5%. Los tumores carcinoides representan menos de 1% de todas las neoplasias gástricas.¹

Estos tumores se pueden clasificar en tres grupos: tipo 1, los cuales están asociados a gastritis crónica atrófica y comprenden la gran mayoría (70-85%); tipo 2, asociados con el síndrome de Zollinger-Ellison, son menos frecuentes

(5-10%) y se presentan en su mayoría exclusivamente en el contexto de síndrome NEM-1 (neoplasia endocrina múltiple tipo 1); por su parte, los tipo 3 son tumores carcinoides gástricos esporádicos con una incidencia de 15-25%. Los dos primeros se relacionan con hipergastrinemia.^{2,3}

Los tumores tipo 3 representan hasta 25% de los casos, éstos son especialmente agresivos, sobre todo los > 1 cm y en 50% de los casos son metastásicos al momento del diagnóstico. Por su naturaleza agresiva, la mayoría deben ser tratados con gastrectomía.⁴

El diagnóstico de estas neoplasias normalmente se realiza por endoscopia, generalmente por otras causas, como sangrado de tubo digestivo, anemia, dispepsia o dolor abdominal. Para mayor caracterización del tumor, se toman biopsias amplias, del antro, cuerpo y fondo, así como polipectomía en caso de ser necesario. Se realiza análisis histoquímico con cromogranina A (CgA) y sinaptofisina.

*Departamento de Cirugía General. Fundación Clínica Médica Sur, México, D.F.

Correspondencia:

Carlos López-Caballero

Residente de Cirugía General de Médica Sur Puente de Piedra, Núm. 150, Col. Toriello Guerra, Deleg. Tlalpan, México, D.F.

Tel.: 55 5469-4905. Correo electrónico: carcab_8@yahoo.com.mx

Con respecto a pronóstico y sobrevida, los pacientes con tumores tipo 1 no tienen diferencia con respecto a la población en general, lo mismo ocurre con los del tipo 2; sin embargo, si éste se asocia a gastrinoma, se presenta una sobrevida a cinco años de hasta 75%. Los de tipo 3 presentan el peor pronóstico, con < 50% de sobrevida a cinco años.³

Estas neoplasias normalmente presentan un curso indolente, se pueden resear, y realizar el seguimiento por endoscopia. Pacientes con gastritis crónica se benefician de antrectomía y los que tienen síndrome de Zollinger-Ellison se pueden manejar con análogos de somatostatina.⁵

CASO CLÍNICO

Masculino de 45 años con IMC de 40.1 kg/m² con el antecedente de que, en 2010, durante la colocación de banda gástrica, se encontraron como hallazgo incidental múltiples pólipos en estómago. Se le realizó polipectomía con reporte de tumor neuroendocrino (carcinoide) con bordes positivos. Sin tener más seguimiento, en febrero 2012 se le realizó nueva endoscopia para reacomodar banda gástrica y se identificó nuevamente pólipos gástricos, con mismo diagnóstico histopatológico de tumor neuroendocrino con bordes positivos en antro y cuerpo gástrico (Ki 67 10%). Se ingresó para realizar estadificación y manejo. Se realizó PET-CT, que registró hipercaptación en sitio de banda gástrica e hígado (Figura 1). Posteriormente se realizó endoscopia superior donde se identificaron siete lesiones polipoides multifocales de 5 mm en la región del antro y dos lesiones polipoides en el cuerpo gástrico sobre la curvatura mayor, se realizó marcaje con

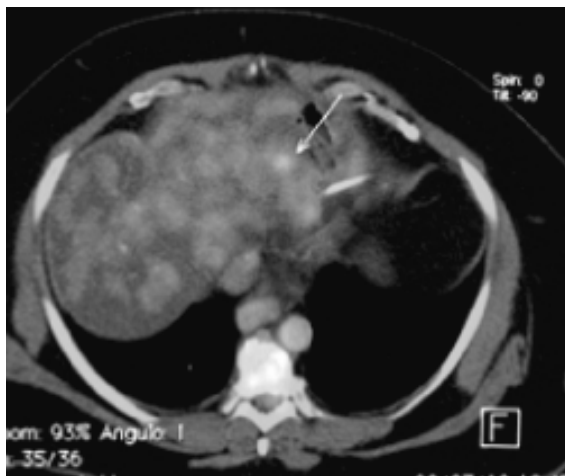


Figura 1. PET CT. Sin evidencia de metástasis en abdomen.

tinta china para identificación en el procedimiento quirúrgico (Figura 2).

Se realizó gastrectomía subtotal radical + retiro de banda gástrica ajustable y reconstrucción con bypass gástrico con anastomosis gastro-yeyunal en Y de Roux calibrada, con asa alimentaria de 150 cm y asa biliopancreática de 100 cm. El reporte histopatológico de la pieza quirúrgica reportó una mucosa antral con hiperplasia polipoide de glándulas pilóricas, inflamación aguda intensa con edema de la submucosa y depósitos de pigmento, sin evidencia de carcinoide residual, márgenes quirúrgicos sin evidencia de carcinoide y pólipos hiperplásicos en mucosa de cuerpo gástrico (Figura 3).

DISCUSIÓN

Los tumores carcinoides son una patología que se encuentra subdiagnosticada, y su diagnóstico es realizado generalmente de manera incidental por endoscopia o cirugía.⁷

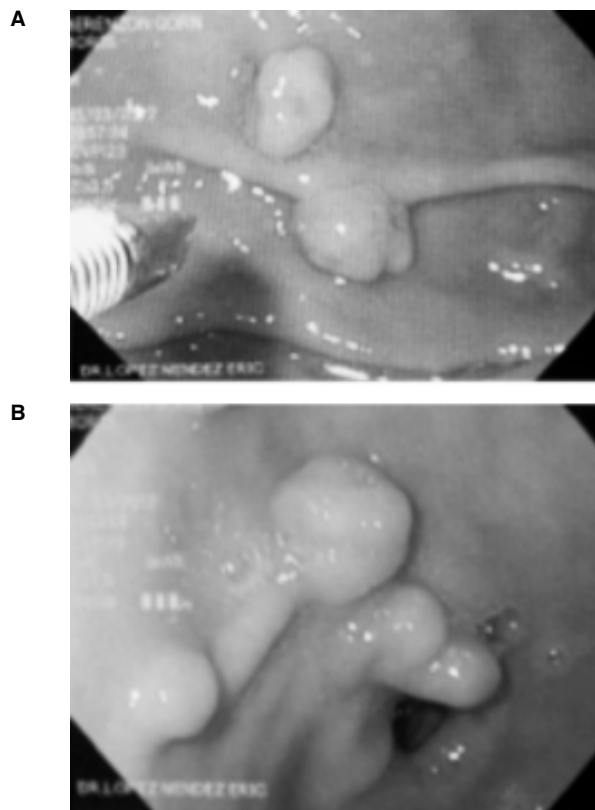


Figura 2. Endoscopia. Lesiones polipoides en cuerpo y antro gástricos.

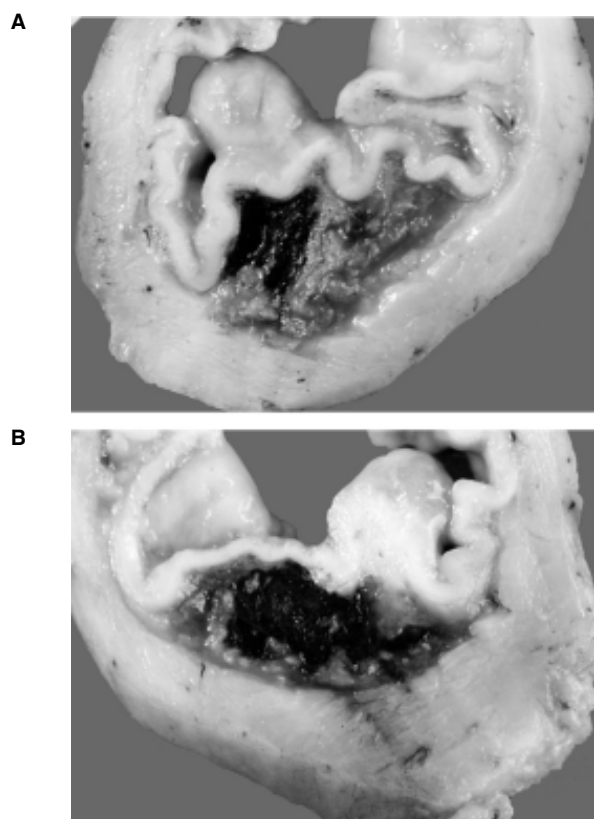


Figura 3. Imagen macroscópica de gastrectomía subtotal. Con evidencia de la tumoración sin involucro de muscular ni serosa.

Se han reportado algunos casos de tumores carcinoides como hallazgos transoperatorios en cirugía de obesidad,⁸ así como un hallazgo endoscópico durante la evaluación preoperatoria del paciente bariátrico, como en el caso de nuestro paciente. Sin embargo, es de suma importancia diagnosticar a estos pacientes antes de bypass, ya que posterior al procedimiento quirúrgico no se podrá tener acceso fácil a la porción de estómago excluido.⁹

En caso de tumores carcinoides encontrados en pacientes con obesidad, algunos procedimientos de cirugía bariátrica pueden ser una opción terapéutica real y curativa, obteniendo resultados de sobrevida similares a los pacientes de cirugía oncológica manejados de manera convencional, obteniendo de forma secundaria los beneficios sobre los niveles de glucosa, colesterol e incremento de sobrevida en los pacientes obesos.¹⁰

Dado que los tumores carcinoides tipo 1 están relacionados con hipergastrinemia, un tratamiento

usado por algunos autores es la antrectomía laparoscópica, de la cual se han obtenido buenos resultados.¹¹

CONCLUSIÓN

Nuestro paciente presentaba un tumor carcinóide del estómago candidato a gastrectomía. Debido a que el paciente presentaba obesidad mórbida, resistente a la colocación de banda gástrica ajustable, la realización de un bypass gástrico como reconstrucción después de la gastrectomía representó un manejo definitivo para los dos padecimientos.

ABREVIATURAS

- **IMC:** índice de masa corporal.
- **NEM-1:** neoplasia endocrina múltiple tipo 1.
- **PET-CT:** positron emission tomography-computed tomography.

REFERENCIAS

1. Modlin I, Lye K, Kidd M. A 5-decade analysis of 13,715 carcinoid tumors. *Cancer* 2003; 97: 934-59.
2. Modlin I, Gilligan C, Lawton G, et al. Gastric carcinoids: the Yale experience. *Arch Surg* 1995; 130: 250-6.
3. Massironi S, Sciola V, Spampatti MP, Peracchi M, Conte D. Gastric carcinoids: Between underestimation and overtreatment. *World J Gastroenterol* 2009; 15: 2177-83.
4. Rindi G, Bordi C, Rappel S, et al. Gastric carcinoids and neuroendocrine carcinomas: pathogenesis, pathology, and behavior. *World J Surg* 1996; 20: 168-72.
5. Kulke M. Clinical Presentation and Management of Carcinoid Tumors. *Hematol Oncol Clin N Am* 2007; 21: 433-55.
6. Ruzsniwski P, Delle Fave G, Cadot G, Komminoth P, Chung D, Kos-Kudla B, et al. Well-differentiated gastric tumors/carcinomas. *Neuroendocrinology* 2006; 84: 158-64.
7. Onaitis MW, Kirshbom PM, Hayward TZ, et al. Gastrointestinal carcinoids: characterization by site of origin and hormone production. *Ann Surg* 2000; 232: 549-56.
8. Keshishian A, Hamilton J, Hwang L, Petrosyan M. Carcinoid tumor and bariatric. *Surgery Obes Surg* 2002; 12: 874-5.
9. Zeni TM, Frantzides CT, Mahr C, et al. Value of preoperative upper endoscopy in patients undergoing laparoscopic gastric bypass. *Obes Surg* 2006; 16: 142-6.
10. Moretto M, Corá C, Vontobel A, Pacheco S, Barrio C. Gastric carcinoid tumor-incidental finding on endoscopy prior to bariatric surgery. *Obes Surg* 2008; 18: 747-9.
11. Hoshino M, Omura N, Yano F, Tsuboi K, Matsumoto A, Yamamoto SR, et al. Usefulness of laparoscope-assisted antrectomy for gastric carcinoids with hypergastrinemia *Hepato-gastroenterology* 2010; 57: 379-82.