



P-427 - CARCINOMATOSIS PERITONEAL POR TUMOR NEUROENDOCRINO DE INTESTINO DELGADO

F.J. Espinosa López, Á. de Paco Navarro, J.C. Castañer Ramón-Llin, E. Romera Barba, M.I. Navarro García, S. Gálvez Pastor, M.J. Carrillo López y J.L. Vázquez Rojas

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (TNE) constituyen un grupo heterogéneo que representan menos del 2% de las neoplasias gastrointestinales. De éstas, un 44% aparecen en el intestino delgado, siendo el íleon la porción más afectada. Bajo este concepto, se engloba un amplio espectro de lesiones que incluye desde los tumores carcinoides o de bajo grado hasta los denominados carcinomas indiferenciados de alto grado de malignidad. Las manifestaciones clínicas son muy heterogéneas, con lo que pueden permanecer asintomáticos durante años. En la mayor parte de los casos el diagnóstico es casual y en estadios avanzados, siendo frecuente la presencia de metástasis en el momento del diagnóstico, cuya localización más frecuente es el hígado.

Caso clínico: Mujer de 75 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus II e hipercolesterolemia, que consultó en Urgencias por dolor abdominal, náuseas, diarrea y una pérdida de peso asociada de 9 kilos en los últimos 4 meses. Se realizó TC abdominal que informó de fístula bilio-digestiva, quistes hidatídicos calcificados y colapso de la primera y segunda porción duodenales con gran cálculo en su interior que condiciona estómago de retención, y colonoscopia hallando una lesión estenosante de 3 cm en íleon terminal. Se intervino de forma programada hallando una fístula colecisto-gástrica y obstrucción gástrica por cálculo duodenal mayor de 7 cm (síndrome de Bouveret), lesión estenosante en íleon terminal, engrosamiento irregular del anejo derecho, y múltiples nódulos milimétricos en el peritoneo pélvico. Se realiza anexectomía derecha, hemicolectomía derecha y antrectomía con resección de la primera porción duodenal. El análisis anatómo-patológico informó de carcinoma neuroendocrino de íleon bien diferenciado con metástasis en ovario de 2,5cm y en linfáticos de la subserosa de vesícula biliar, duodeno, estómago y trompa de Falopio. La paciente inició tratamiento con análogo de somatostatina (Sandostatin)[®] mensual por parte de Oncología, siendo exitus por sepsis de origen respiratorio a los 12 meses de la cirugía.

Discusión: La carcinomatosis peritoneal por tumores neuroendocrinos es infrecuente, por lo que existen pocos casos descritos en la literatura. Parece que el impacto que ejerce la carcinomatosis sobre la supervivencia global de estos pacientes es menor que el de las metástasis hepáticas y que, al igual que ocurre con éstas, la cirugía radical es la única terapia potencialmente curativa y se asocia con un mejor pronóstico y una supervivencia más larga. En cualquier caso, la presencia de carcinomatosis no debe considerarse una contraindicación para la cirugía.