



P-475 - DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL TUMOR CARCINOIDE DE INTESTINO DELGADO

A.C. Utrillas Martínez, C. Moreno Muzas, C. Pastor Espuig, A. Minguillón Serrano, D. Escribano Pérez, P. López Peris, L. Comín Novella, R. Lara López-Doriga, I. Fernández Bedoya y J.M. del Val Gil

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Resumen

Introducción: Los tumores de intestino delgado son poco frecuentes. De ellos, los carcinoides son el 30-40%. Suelen presentarse con obstrucción intestinal y dolor abdominal, y menos frecuentemente con diarreas o flushing. Descripción de dos casos de tumor carcinoide de intestino delgado con distinta forma de presentación.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 84 años alérgica a la penicilina, con antecedentes de HTA, DMNID, prótesis de rodilla izquierda, insuficiencia renal crónica y artritis reumatoide. Consulta por dolor y distensión abdominal de 48 horas de evolución y ausencia de deposición desde hace 7 días. Destaca abdomen distendido, timpánico, indoloro a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, sin peristaltismo ni hernias. TR normal. Analíticamente leucocitosis con desviación izquierda, y Crea 2,7. Ingresa con reposo digestivo y SNG con alto débito durante 2 días. Al tercero se realiza TC abdominal que revela distensión generalizada de intestino delgado, con múltiples niveles hidroaéreos y cambio de calibre en íleon distal, con una imagen mal definida de engrosamiento parietal asimétrico y contornos borrosos, con aspecto de "diana". Se interviene y observamos engrosamiento de íleon terminal y adenopatías en el meso con hígado libre. Se realiza hemicolectomía derecha y anastomosis L-L, siendo la evolución postoperatoria favorable. El estudio anatomopatológico informó de un carcinoide de íleon distal que infiltra hasta serosa (T3) y metastatiza en 3 ganglios. En la analítica postoperatoria ácido 5HIA de 10 (1-8). Es seguida en la consulta de cirugía durante dos años y medio, sin evidencia de enfermedad, falleciendo por un bloqueo A-V. Caso 2: varón de 76 años con antecedentes de neo de próstata tratada con RT. En el TC abdominal de seguimiento se observa engrosamiento mural de un segmento corto de intestino con especulación grasa, sugestivo de tumor carcinoide. Es derivado a la consulta de cirugía, y refiere proceso diarreico de larga evolución y rubicundez facial. En la analítica destaca un ácido 5HIA de 14,73 (1-8). Gammagrafía con octreótido: lesión en íleon terminal sugestiva de carcinoide y metástasis en el segmento VI hepático. Se realiza resección amplia de íleon y anastomosis L-L+segmentectomía hepática. La anatomía informó de dos lesiones carcinoides en íleon, estadio pT4 y pT3 de 1,3 y 0,6 cm y metástasis ganglionar (6/7), así como de metástasis hepática; estadio T4 N1 M1. El postoperatorio transcurre sin incidencias, refiriendo mejoría del cuadro diarreico y desaparición de la rubicundez facial. Se inicia tratamiento con análogos de la somatostatina para control sintomático. Se continúa seguimiento por parte de Oncología y Cirugía General mediante TC toraco-abdominal y gammagrafía con octreótido, observándose estabilidad clínica y radiológica. Las

analíticas de control revelaron: cromogranina A y ácido homovanílico elevados, AVM y 5HIA en valores normales.

Discusión: Los tumores carcinoides son los tumores endocrinos más frecuentes del intestino delgado. Suelen presentarse con obstrucción intestinal o dolor abdominal, siendo poco frecuente el síndrome carcinoide, que sólo aparece en un 10% de pacientes con metástasis hepáticas. La técnica fundamental diagnóstica es la gammagrafía con octreótido marcado. El lugar de origen, el tamaño y la diseminación tumoral son los principales factores pronósticos. Desde el punto de vista bioquímico el pronóstico se relaciona con las altas eliminaciones de 5-HIA (> 150 mg/d) y la alta expresión de cromogranina A, Ki-67 y p53. La SV a los 5 años para la enfermedad localizada, con afectación ganglionar o diseminación a distancia, es del 73, 60 y 50% respectivamente.