

CASO CLÍNICO

Carcinoide duodenal: reporte de un caso



Milton A. Mairena Valle*

Servicio de Endoscopia, Hospital Sumedico, Managua, Nicaragua

Recibido el 10 de septiembre de 2016; aceptado el 13 de octubre de 2016
Disponible en Internet el 17 de noviembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Carcinoide duodenal;
Tumor
neuroendocrino
duodenal;
Neoplasia duodenal

KEYWORDS

Duodenal carcinoid;
Duodenal
neuroendocrine
tumour;
Duodenal Neoplasia

Resumen El carcinoide duodenal es una neoplasia rara, de crecimiento lento y con bajo potencial maligno, que proviene de las células neuroendocrinas.

Presentamos el caso de un varón de 65 años con dolor epigástrico, cuya endoscopia y biopsia revelaron la presencia de carcinoide duodenal. Fue operado sin complicaciones. Se realizó revisión de la literatura.

© 2016 ASOCIACIÓN MEXICANA DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Duodenal carcinoid: A case report

Abstract The duodenal carcinoid is a rare, slow-growing neoplasia with low malignancy potential and arises from the neuroendocrine cells.

The case is presented of a 65 year-old male patient with epigastric pain, in which the endoscopy and biopsy revealed duodenal carcinoid. It was operated on with no complications. A literature review is also presented.

© 2016 ASOCIACIÓN MEXICANA DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El tumor carcinoide fue descrito por primera vez por Lubarsch (1888), siendo Oberndorfer (1907) quien le dio su nombre. Afecta al pulmón y al tracto digestivo, y en menor frecuencia al timo, al corazón, al ovario, al testículo y al oído medio^{1,2}.

* Hospital Sumedico, Residencial Bolonia, de la rotonda de Plaza España, 300 metros al norte, Managua, Nicaragua; Teléfono: (505) 88542433.

Correo electrónico: mamv31@hotmail.com

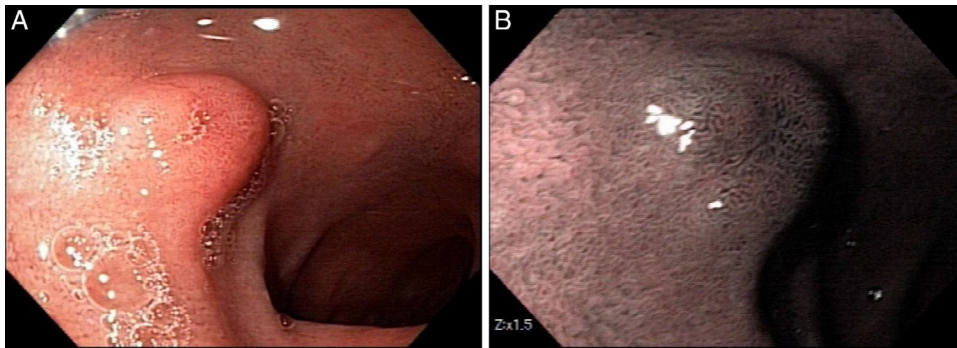


Figura 1 A) Lesión subepitelial en bulbo duodenal. B) Visión cromoendoscópica de lesión bulbar.

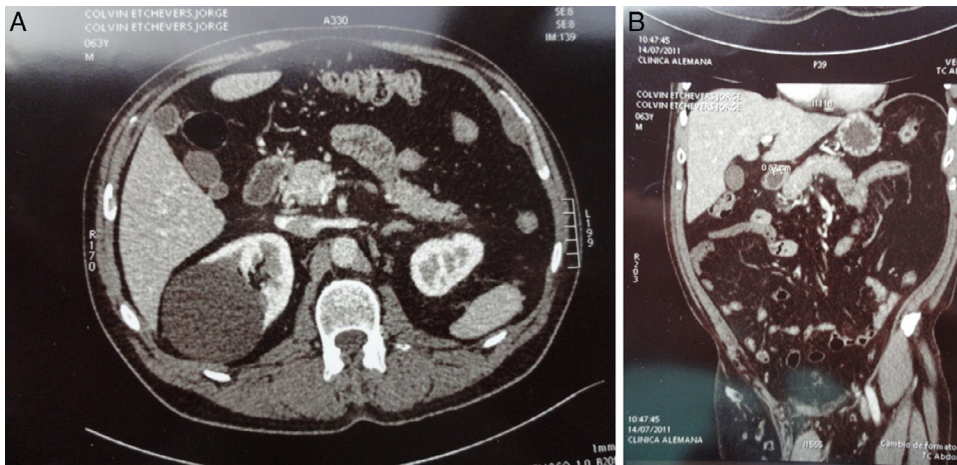


Figura 2 A) Lesión subepitelial en D1. B) Lesión subepitelial en D1.

En duodeno es infrecuente y puede ser asintomático. El diagnóstico es endoscópico e histopatológico. La TAC/RMN son útiles en la estadificación, y el Octreoscan® revela, además, respuesta terapéutica al octreotida. El EUS proporciona información sobre el tamaño, compromiso de pared y locorregional, lo cual junto al grado de diferenciación celular determinan si el tratamiento es endoscópico o quirúrgico.

Caso

Varón de 65 años, con dolor epigástrico crónico y examen físico normal. Se practicó endoscopia alta, que reveló lesión elevada subepitelial (10-12 mm) en D1, con leve depresión central (figs. 1A y B).

La biopsia reveló neoplasia endocrina bien diferenciada (tumor carcinoide). Inmunohistoquímica positiva: citoqueratina, cromogranina A, sinaptofisina y ki-67.

La TAC abdominal no mostró metástasis (figs. 2A y B).

Se realizó EUS, que reveló lesión subepitelial (10 mm) que comprometía submucosa y muscular propia con ganglios negativos (figs. 3A y B)

Se practicó resección en cuña laparoscópica con asistencia endoscópica, con una evolución postoperatoria adecuada.

Discusión

El carcinoide duodenal representa el 2% de los carcinoides gastrointestinales. Su incidencia anual es de 0,07/100.000 habitantes, y es más frecuente en varones, raza negra y edades entre 20-90 años^{1,2}.

Existen 5 tipos, siendo los más frecuentes los tipo I (gastrinoma: 50-60%) asociado a Zollinger-Ellison o a NEM 1 (30%) y tipo II (somatostinoma; 15-27%) a nivel periampular^{2,3}.

Puede ser asintomático o generar dolor abdominal, dispepsia, náuseas, y en menor frecuencia sangrado y anemia. Hay ictericia en localización ampular.

El síndrome carcinoide (4%), de Cushing y la acromegalia son infrecuentes²⁻⁴.

El diagnóstico es endoscópico, y la confirmación es histológica con inmunohistoquímica (positivos para CgA, sinaptofisina, Leu-7, enolasa, ki-67 y citoqueratina).

Los marcadores serológicos y urinarios (CgA y 5 H-IAA) ayudan en el diagnóstico y seguimiento²⁻⁴.

La TAC/RMN son útiles para la estadificación, y el Octreoscan® predice, además, respuesta terapéutica al octreotida²⁻⁴.

El EUS determina el tamaño de la lesión, la infiltración de pared y el compromiso linfonodar.

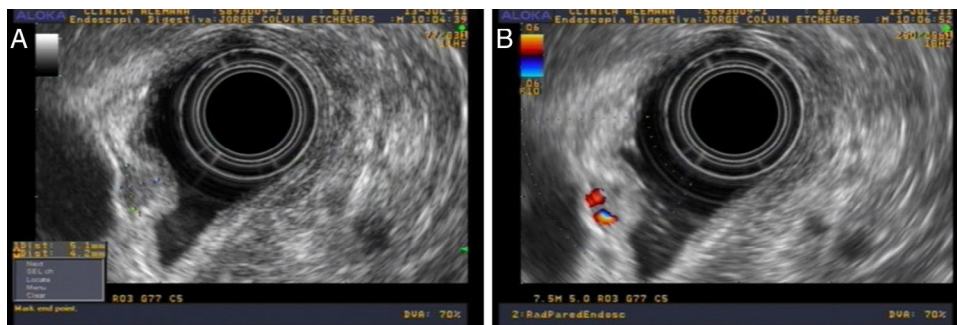


Figura 3 A) EUS: lesión subepitelial de 10 mm en bulbo duodenal. B) Engrosamiento de pared y Doppler aumentado.

El tamaño > 2 cm, compromiso de la muscular propia y el bajo grado de diferenciación celular son los factores de riesgo para metástasis³⁻⁶.

El tratamiento puede ser endoscópico o quirúrgico. La resección endoscópica se recomienda en lesiones < 1 cm, bien diferenciadas, fuera de la región periampular, y sin compromiso de la muscular, caso contrario debe operarse^{3,4,6,7}.

Conclusiones

El carcinoide duodenal es raro, de bajo potencial maligno y puede ser asintomático.

Su diagnóstico es endoscópico e histológico. Las imágenes y el EUS juegan un rol fundamental en su estudio. El tratamiento endoscópico está indicado en lesiones menores de 1 cm, bien diferenciadas, y sin compromiso de la muscular ni locorregional.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Gunkova P, Gunka I, Dostelík J, Martinek L, Mazur M. Laparoscopic approach for duodenal carcinoid. *Wideochir Inne Tech.* 2012;7:140-3.
- Abraham A, Singh J, Siddiqui G, Prasad A, Rashid S, Vardaros M, et al. Endoscopic management of a primary duodenal carcinoid tumor. *Case Rep Gastroenterol.* 2012;6:135-42.
- Waisberg J, Joppert-Neto G, Vasconcelos C, Sartini GH, Miranda LS, Franco MI. Carcinoid tumor of the duodenum: A rare tumor at an unusual site. Case series from a single institution. *Arq Gastroenterol.* 2013;50:3-9.
- Vasil D, Grigorio M, Ilco A, Tenovici G, Geogloman I. Duodenal carcinoid. *Chirurgia.* 2010;105:545-50.
- Mullen J, Wang H, Yao J, Lee JH, Perrier ND, Pisters PW, et al. Carcinoid tumors of the duodenum. *Surg.* 2005;6:971-8.
- Zyromski NJ, Kendrick ML, Nagorney DM, Grant CS, Donohue JH, Farnell MB, et al. Duodenal carcinoid tumors: How aggressive should we be? *J Gastrointest Surg.* 2001;5:588-93.
- Kim GH, Kim JI, Jeon SW, Moon JS, Chung IK, Jee SR, et al., Korean College of Helicobacter and Upper Gastrointestinal Research. Endoscopic resection for duodenal carcinoid tumors: A multicenter, retrospective study. *J Gastroenterol Hepatol.* 2014;2:318-24.