

Tumor carcinoide ileal y colitis autolimitada

D. Sánchez-Muñoz, P. Guerrero Jiménez, M.V. Galán Jurado, E. Hoyas Pablos, M. Romero-Gómez y M. Castro-Fernández

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España.

RESUMEN

El tumor carcinoide ileal corresponde a la localización más frecuente de este tumor en el tracto gastrointestinal. Su asociación con la presencia de enfermedad inflamatoria intestinal está bien descrita. La colitis autolimitada es una entidad que plantea serias dificultades a la hora de realizar un diagnóstico diferencial con otras causas de colitis. Se presenta el caso de un paciente en el que se diagnosticó un tumor carcinoide ileal y en el que aparecieron datos clinicohistológicos de colitis autolimitada.

CARCINOID TUMOR OF THE ILEUM AND SELF-LIMITED COLITIS

Carcinoid tumors of the ileum represent the most frequent localization of this type of tumor in the gastrointestinal tract. The association of this tumor with the presence of inflammatory bowel disease is well characterized. Self-limiting colitis is an entity that poses serious difficulties when performing a differential diagnosis by other causes of colitis. We present the case of a patient who was diagnosed with carcinoid tumor of the ileum. Clinical and histological findings of self-limiting colitis were also observed.

INTRODUCCIÓN

El tumor carcinoide es una entidad de relativa baja frecuencia, aunque es la neoplasia neuroendocrina más frecuente del tracto gastrointestinal. La presencia de diarrea en estos pacientes podría hacer pensar en la presencia de un síndrome carcinoide, o bien en la coexistencia de alguna entidad clínica que produjera dicho cuadro clínico. Presentamos un caso de diagnóstico de tumor carcinoide

Fig. 1. Enema opaco que muestra una lesión en el ileon terminal.

ileal en un paciente con un cuadro autolimitado de diarrea y hallazgos histológicos de colitis.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se trata de un paciente varón, de 45 años de edad, que 18 meses antes de ingresar en nuestro centro comenzó con episodios de dolor abdominal de características cólicas, de forma intermitente, no acompañados de otros síntomas. Así pues, se le realizaron un tránsito intestinal y enema opaco (fig. 1), que demostró la presencia de una lesión redondeada en el íleon terminal, de aproximadamente 1 cm de tamaño, de aspecto benigno, hallazgo similar al que apareció en un tomografía computarizada abdominal (fig. 2). Se practicó una colonoscopia con ileoscopia, en la que se apreció un pólipo con pequeño pedículo, liso, en el íleon terminal; se tomaron múltiples biopsias que mostraron inflamación crónica inespecífica, sin datos de malignidad. Se decidió realizar seguimiento endoscópico.

Correspondencia: Dr. D. Sánchez-Muñoz.
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Valme.
Ctra. Cádiz, s/n. 41014 Sevilla. España.
Correo electrónico: dsanchezm@wanadoo.es

Recibido el 29-10-2003; aceptado para su publicación el 4-2-2004.

pico del paciente, que quedó asintomático a partir de entonces. El paciente consultó un año y medio después por nuevos episodios de dolor abdominal de características similares a los previos, con diarrea líquida acompañada de moco, sin sangre ni otros productos patológicos. No presentaba fiebre, pérdida de peso, vómitos ni otros síntomas acompañantes, y el cuadro se autolimitó en 4-5 días. Un nuevo tránsito intestinal mostró una lesión similar a la evidenciada en el practicado con anterioridad. Se realizó una nueva ileoscopia, en la que se observó un pólipo de aproximadamente 1,5 cm, liso, redondeado y pediculado; se extirpó con asa de polipectomía (fig. 3) y quedó una escara sin signos de complicaciones inmediatas. Por otro lado, la mucosa del colon aparecía en toda su extensión eritematosa, edematosa, granular, friable, y se tomaron biopsias escalonadas desde el recto hasta el ciego. El estudio anatómopatológico del pólipo mostró la presencia de un tumor carcinoide, con positividad inmunohistoquímica para sinaptofisina, cromogranina y moléculas de adhesión celular S2. Por otro lado, en las biopsias colónicas se objetivaron distorsión de la arquitectura glandular, depleción de células calcificiformes, inflamación aguda y crónica y microabscesos de las criptas. Una ecografía abdominal mostró la presencia de engrosamiento mural colónico, de unos 6 mm de grosor máximo, sin otras alteraciones. La tomografía computarizada toracoabdominal no ofreció datos de metástasis. Catorce días después de la polipectomía, se realizó una nueva ileoscopia para valorar la presencia de tumor en la zona circundante al pólipo, y se tomaron múltiples biopsias de la escara y de la mucosa macroscópicamente sana del ileon terminal, que no mostraron datos de tumor carcinoide. Por otro lado, se volvió a revisar cuidadosamente la totalidad de la mucosa colónica. Macroscópicamente era normal, y se tomaron múltiples biopsias escalonadas desde el recto hasta el ciego, que dieron un resultado histopatológico normal. Por tanto, se realizó el diagnóstico de tumor carcinoide ileal localizado y colitis autolimitada. El paciente permanece asintomático 7 meses después del diagnóstico, y se le ha incluido en el programa de seguimiento radiológico y endoscópico periódicos, al rechazar tratamiento quirúrgico definitivo.

DISCUSIÓN

El tumor carcinoide es la neoplasia neuroendocrina más frecuente del intestino delgado. El 67% de todos los tumores carcinoides asienta en el tracto gastrointestinal, y sus localizaciones más frecuentes son el apéndice, el recto y el intestino delgado¹. El ileon terminal es la localización intestinal más común², y en él muestran cierta tendencia a ser multicéntricos³. En esta localización, estos tumores tienden a formar una reacción fibrótica a su alrededor, lo que favorece la aparición de obstrucción e isquemia intestinal. Presentan un crecimiento lento y el lugar de asiento metastático más frecuente es el hígado, seguido por los pulmones, el peritoneo y el páncreas⁴. El pronóstico de estas neoplasias es bueno en los casos de tumor localizado, pero desciende drásticamente ante la presencia de diseminación ganglionar o a distancia⁵. El tratamiento de elección es quirúrgico. No obstante, en nuestro caso, debido al fácil acceso al ileon terminal, la ausencia de datos de metástasis, la indemnidad comprobada *a posteriori* de los márgenes de resección y el rechazo del tratamiento quirúrgico por parte del paciente, se optó por practicar una resección endoscópica. En ciertas localizaciones de tumor carcinoide gastrointestinal de fácil acceso endoscópico, como pueden ser los tumores gástricos o rectales, y en casos de tumores de pequeño tamaño y ausencia de enfermedad diseminada, se han descrito resecciones endoscópicas exitosas del tumor carcinoide con buena evolución posterior^{6,7}. No obstante, no hemos encontrado en la bibliografía ningún caso de tumor carcinoide ileal al que se aplicara tratamiento endoscópico. Este tipo de tratamiento podría ser una opción en casos seleccionados.

La colitis autolimitada es una entidad que plantea un gran problema clinicohistopatológico. Se trata de un episodio

Fig. 2. Tomografía computarizada donde se observa un lesión en el ileon terminal.



Fig. 3. Pieza de polipectomía.

recortado en el tiempo, autolimitado, no recurrente, de colitis que genera gran confusión con otras entidades frecuentes, fundamentalmente con la enfermedad inflamatoria crónica intestinal (EICI)^{8,9}. Su etiología es muy diversa, si bien es infecciosa en la mayoría de los casos⁶, aunque también puede ser secundaria a la toma de fármacos (p. ej., antiinflamatorios no esteroideos y 5-fluorouracilo)^{10,11}. Puede aparecer tras la realización de una colonoscopia debido al glutaraldehído¹² o tratarse de colitis eosinófila¹³, linfocítica o colágena¹⁴. En la colitis autolimitada pueden aparecer datos histológicos que recuerden a una EICI (distorsión de la arquitectura de las criptas, agregados plasmocitarios en la lámina propia y granulomas)¹⁵, por lo que el diagnóstico vendrá dado por la valoración de la evolución clínica y la repetición de biopsias, con desaparición de las anomalías histológicas a medida que el síndrome clínico remite^{16,17}. Así, esta entidad plantea un serio problema de diagnóstico diferencial, ya que el patólogo tiende a sobrediagnosticar colitis cuando se observa un infiltrado inflamatorio en la mucosa colónica¹⁸. Esto nos tiene que hacer pensar, al enfrentarnos a un cuadro clínico de estas características, que es necesario precisar al máximo el diagnóstico, ya que podemos caer en el error de diagnosticar de EICI a pacientes que en realidad no padecen tal enfermedad y exponerlos al riesgo de realizar tratamiento prolongado con salicilatos,

corticoides o incluso inmunodepresores sin que sean necesarios.

Se ha descrito la coexistencia de tumores carcinoides en pacientes con EICI, tanto en la colitis ulcerosa¹⁹ como en la enfermedad de Crohn²⁰. No obstante, parece ser que estos tumores asientan sobre mucosa enferma, aunque la baja frecuencia de la asociación no parece diferir de la tasa de aparición de ambas enfermedades en la población general²¹. No obstante, sí se ha descrito la aparición de tumor carcinoide ileal en un paciente con colitis colágena²². El caso que aquí presentamos es la primera referencia acerca de la coexistencia de un cuadro de colitis autolimitada con un tumor carcinoide.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marshall JB, Bodnarchuk G. Carcinoid tumors of the gut. *J Clin Gastroenterol* 1993;16:123-9.
2. Burke AP, Thomas RM, Elsayed AM, Sobin LH. Carcinoids of the jejunum and ileum: an immunohistochemical and clinicopathologic study of 167 cases. *Cancer* 1997;79:1086-93.
3. Saha S, Hoda S, Godfrey R, Sutherland C, Rabi6n K. Carcinoid tumors of the gastrointestinal tract: a 44-year experience. *South Med J* 1989;82:1501-5.
4. Modlin IM, Lye KD, Kidd M. A 5-decade analysis of 13,715 carcinoid tumors. *Cancer* 2003;97:934-59.
5. Modlin IM, Sandor A. An analysis of 8305 carcinoid tumors. *Cancer* 1997;79:813-29.
6. Ichikawa J, Tanabe S, Koizumi W, Kida Y, Imaizumi H, Kida M, et al. Endoscopic mucosal resection in the management of gastric carcinoid tumors. *Endoscopy* 2003;35:203-6.
7. Higaki S, Nishiaki M, Mitani N, Yanai H, Tada M, Okita K. Effectiveness of local endoscopic resection of rectal carcinoid tumors. *Endoscopy* 1997;29:171-5.
8. Mandal BK, Schofield PF, Morson BC. A clinicopathological study of acute colitis: the dilemma of transient colitis syndrome. *Scand J Gastroenterol* 1982;17:865-9.
9. Surawicz CM, Haggitt RC, Husseman M, McFarland LV. Mucosal biopsy diagnosis of colitis: acute self-limited colitis and idiopathic inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1994;107:755-63.
10. Faucheron JL. Toxicity of non-steroidal anti-inflammatory drugs in the large bowel. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999;11:389-92.
11. Madisch A, Wiedbrauck F, Marquard F, Stolte M, Hotz J. 5-fluorouracil-induced colitis –a review based upon consideration of 6 cases. *Z Gastroenterol* 2002;40:59-66.
12. Vila V, Brullet E, Montserrat A, Bella R, Campo R, Colomer L, et al. Rectocolitis iatr6gena por glutaraldehido. *Gastroenterol Hepatol* 2001;24:409-10.
13. Taha Y, Carlson M, Thorn M, Loof L, Raab Y. Evidence of local eosinophil activation and altered mucosal permeability in collagenous colitis. *Dig Dis Sci* 2001;46:888-97.
14. Abdo AA, Urbanski SJ, Beck PL. Lymphocytic and collagenous colitis: the emerging entity of microscopic colitis. An update on pathophysiology, diagnosis and management. *Can J Gastroenterol* 2003;17:425-32.
15. Dundas SA, Dutton J, Skipworth P. Reliability of rectal biopsy in distinguishing between chronic inflammatory bowel disease and acute self-limiting colitis. *Histopathology* 1997;31:60-6.
16. Schumacher G, Sandstedt B, Mollby R, Kollberg B. Clinical and histologic features differentiating non-relapsing colitis from first attacks of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 1991;26:151-61.
17. Greenson JK, Stem RA, Carpenter SL, Bamett JL. The clinical significance of focal active colitis. *Hum Pathol* 1997;28:729-33.
18. Tsang P, Rotterdam H. Biopsy diagnosis of colitis: possibilities and pitfalls. *Am J Surg Pathol* 1999;23:423-30.
19. Farr CM, Rajala WP. Carcinoid tumor complicating ulcerative colitis. *Gastrointest Endosc* 1990;36:315-6.
20. Kortbeek J, Kelly JK, Preshaw RM. Carcinoid tumors and inflammatory bowel disease. *J Surg Oncol* 1992;49:122-6.
21. Greenstein AJ, Balasubramanian S, Harpaz N, Rizwan M, Sachar DB. Carcinoid tumor and inflammatory bowel disease: a study of eleven cases and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1997;92:682-5.
22. Nussinson E, Samara M, Vigder L, Shafer I, Tzur N. Concurrent collagenous colitis and multiple ileal carcinoids. *Dig Dis Sci* 1998;33:1040-4.