

Isabel María Almenta*, Belén Martínez
y José María Palazón

Unidad de Hepatología, Hospital General Universitario de
Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isa.almenta@gmail.com
(I.M. Almenta).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.06.003>

Tumor carcinoide gástrico como causa rara de anemia ferropénica



Gastric carcinoid tumor as an infrequent cause of ferropenic anemia

Los tumores carcinoideos son los tumores neuroendocrinos más frecuentes¹, y los carcinoideos gástricos representan el 2% de todos los carcinoideos, así como el 1% de todas las masas gástricas². Este caso ilustra una causa rara de anemia ferropénica en un paciente joven debido a 2 tumores carcinoideos gástricos tipo I, establecidos en una gastritis atrófica que causaba hipergastrinemia, en ausencia de déficit de vitamina B₁₂.

Se trata de un varón de 38 años de edad, sin antecedentes de interés, que es derivado a la consulta de medicina interna para estudio de anemia. La exploración física fue normal. En la analítica destaca una discreta anemia ferropénica (hemoglobina: 12,4 g/dl; volumen corpuscular medio: 75,8 fl; hemoglobina corpuscular media: 24 pg, y ferritina: 6,4 ng/ml), con normalidad del resto de los parámetros hematológicos y bioquímicos, incluido la vitamina B₁₂. Se practicó una panendoscopia digestiva. La

colonoscopia no mostró hallazgos patológicos, mientras que la gastroscopia informó de la presencia de 2 lesiones polipoideas sésiles subcentimétricas, erosionadas en el vértice, situadas en cuerpo y antro gástrico, que fueron extirpados mediante pinza de biopsia (fig. 1). La descripción anatomopatológica de las muestras demostró una gastritis crónica de antro y cuerpo, sin bacilos tipo *Helicobacter* y 2 neoplasias neuroendocrinas bien diferenciadas, con infiltración de la lámina propia y de la *muscularis mucosae*. El estudio de extensión mediante tomografía computarizada toraco-abdomino-pélvica fue negativo. Se detectaron niveles de gastrina elevados (2.800 pg/ml). La cuantificación en orina de 24 h de ácido 5-hidroxiindolacético, cortisol libre y metabolitos de catecolaminas resultó dentro de los límites de la normalidad. El paciente, por otra parte, negaba clínica sugerente de síndrome carcinoide o hiperactividad simpática y la gammagrafía con ¹¹¹In-octeótrido resultó normal. Se planificó su seguimiento mediante exploraciones endoscópicas periódicas y actualmente se encuentra asintomático.

El tumor carcinoide gástrico constituye una entidad infrecuente (menos del 5% de las neoplasias digestivas), aunque en este órgano se localizan entre el 11 y el 41% del total de tumores neuroendocrinos del tracto gastrointestinal^{3,4}. En la literatura se describen 3 subtipos con una evidente utilidad clínica⁴. Los tumores tipo I se relacionan con situaciones de hipergastrinemia mantenida, secundaria a aclorhidria y gastritis crónica atrófica tipo A. Generalmente son asintomáticos y multicéntricos, aunque pueden manifestarse como una anemia perniciosa y, excepcionalmente, como una anemia ferropénica^{5,6}. Pueden presentarse en varones jóvenes sin historia autoinmune, como en nuestro caso, a pesar de la conocida predilección por las mujeres entre 50 y 70 años⁵. Los tumores de tipo II son más raros y aparecen en pacientes con el síndrome de Zollinger-Ellison, en el contexto de un cuadro de neoplasia endocrina múltiple (NEM) tipo I⁷. Los carcinoideos tipo III son esporádicos, no se asocian a hipergastrinemia y tienen un comportamiento más agresivo⁸. La resección endoscópica, con estrecho seguimiento posterior, se ha demostrado como la mejor opción terapéutica, reservando la cirugía (antrectomía o gastrectomía total) para los tumores multicéntricos, mayores de 1 cm o acompañados de clínica digestiva o constitucional significativa^{2,3,7}.

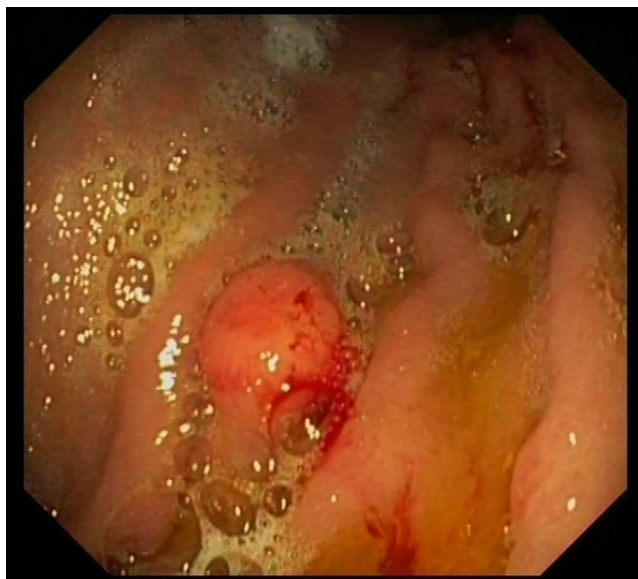


Figura 1 Formación polipoide situada entre los pliegues del cuerpo gástrico medio, de 9 mm, redondeada, sésil, levemente eritematosa y con un punto sangrante en su vértice, que correspondió con un tumor neuroendocrino bien diferenciado tipo I.

Bibliografía

1. Godwin JD. Carcinoid tumors. An analysis of 2.837 cases. *Cancer*. 1975;36:560-9.
2. Kadikoylu G, Yavasoglu I, Yukselen V, Ozdara E, Bolaman Z. Treatment of solitary gastric carcinoid tumor by endoscopic

polypectomy in a patient with pernicious anemia. *World J Gastroenterol.* 2006;12:4267–9.

3. Fernández-Ruiz M, Rodríguez-Gil Y, Sáenz-López S, Guerra-Vales JM, Guillén-Camargo V. Tumor carcinoide gástrico solitario y anemia perniciosa: tratamiento mediante polipectomía endoscópica. *Rev Esp Enferm Dig.* 2008;100:179–87.
4. Rindi G, Luinetti O, Cornaggia M, Capella C, Solcia E. Three subtypes of gastric argyrophil carcinoid and the gastric neuroendocrine carcinoma: A clinicopathologic study. *Gastroenterology.* 1993;104:994–1006.
5. Senadhi V, Jani N. Hypergastrinemia and recurrent type 1 gastric carcinoid in a young Indian male: Necessity for antrectomy. *World J Gastroenterol.* 2011;17:4052–4.
6. Costa Dias V, Soares J, Encinas A, Nogueira C. Multiple gastric carcinoid tumors. *Rev Esp Enferm Dig.* 2008;100:664–5.
7. Jordan PH, Barroso A, Sweeney J. Gastric carcinoids in patients with hypergastrinemia. *J Am Coll Surg.* 2004;199:552–5.
8. Schindl M, Kaserer K, Niederle B. Treatment of gastric neuroendocrine tumors. *Endoscopy.* 2003;35:203–6.

Antonio Sáenz Gutiérrez^{a,*}, Cristina Lozano Cejudo^b, Bartolomé López Viedma^c y Rafael López Pérez^d

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares, Ciudad Real, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real, España

^c Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^d Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a.saenzgutierrez@gmail.com (A. Sáenz Gutiérrez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.05.009>

Tumor desmoplásico de células redondas pequeñas peritoneal. Una entidad infrecuente con un mal pronóstico



Desmoplastic small-round-cell tumor of the peritoneum: An uncommon entity with poor prognosis

El tumor desmoplásico de células redondas pequeñas (TDCRP) es una neoplasia mesenquimal infrecuente y altamente agresiva. Se origina en el peritoneo y, generalmente, se presenta con una afectación intraabdominal difusa y multifocal¹. Fue descrito como entidad clinicopatológica propia por primera vez por Gerald y Rosai² en el año 1989 y, desde entonces, han sido reportados menos de 200 casos, describiéndose, en la mayoría de los trabajos publicados, casos aislados.

Presentamos el caso de un varón sano de 37 años, que consulta por cuadro inespecífico de dispepsia de 5 meses de evolución, con empeoramiento progresivo, acompañado de proctalgia defecatoria y distensión abdominal. En la exploración abdominal se palpa masa en hipocondrio-flanco izquierdo y presencia de ascitis. La determinación analítica sérica mostró únicamente un CA 125 de 93,09 U/ml. Se realiza tomografía axial computarizada (TC) abdomino-pélvica, informando de la presencia de una masa en hipocondrio izquierdo de 13 cm en relación con la cola pancreática y el bazo, junto a lesiones peritoneales, compatibles con carcinomatosis peritoneal, LOE hepáticas múltiples y adenopatías de tamaño aumentado en tronco celíaco, paraórticas e ilíacas (fig. 1). Tras presentar el caso en el comité de tumores multidisciplinario y, debido a la existencia de una enfermedad intraabdominal avanzada con posibilidad de extensión extraabdominal de la misma, se indicó la realización, como estudio de extensión, de una tomografía por emisión de positrones que confirmó los hallazgos de la TC abdomino-pélvica previa y descartó la existencia de

enfermedad extraabdominal (fig. 2). La biopsia radioguiada aportó el diagnóstico de tumor desmoplásico de células redondas pequeñas, indicando un índice de proliferación Ki67 > 50%, sin indicarse otras características inmunohistoquímicas.

Ante el cuadro clínico del paciente, con clínica de distensión abdominal importante secundaria a una suboclusión intestinal provocado probablemente por el tumor, se decide, en este caso, posponer el inicio del tratamiento quimioterápico, que debería ser el primer tratamiento por la extensión del tumor y la agresividad, realizándose en primer lugar la intervención quirúrgica con el objetivo de resolver los cuadros de suboclusión que presenta el paciente e intentar una citorreducción. En el acto operatorio se evidencia la presencia ascitis (3.000 cc) y una gran tumoración en hipocondrio izquierdo, englobando el epiplón mayor y el bazo, junto a implantes tumorales distribuidos por todos los cuadrantes abdominales y metástasis hepáticas múltiples bilobales. Se realiza resección de la masa localizada en



Figura 1 Imagen de TC abdominal en la que se observa gran tumoración localizada en hipocondrio izquierdo y líquido ascítico.