

Carcinoide de intestino delgado. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Tte. Cor. M.C. Gonzalo de la Torre Martínez,* Gral. de Bgda. M.C. Fernando Torres Valadez,**
Tte. Cor. M.C. Ignacio Magaña Sánchez,*** Myr. M.C. Marco Antonio Barreda Gaxiola****

Hospital Central Militar

RESUMEN. Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico transoperatorio de tumor tipo carcinoide de intestino delgado que ocasionó obstrucción parcial de la luz, la sintomatología abdominal fue de obstrucción intestinal incompleta, se manejó mediante resección del segmento lesionado así como del meso correspondiente con diagnóstico histopatológico definitivo de tumor carcinoide del intestino delgado con bordes de resección y meso libre de actividad tumoral. Se presenta el caso por su difícil diagnóstico preoperatorio, la importancia de conocer este tipo de tumor y revisar el manejo quirúrgico.

Palabras clave: intestino delgado, neoplasia, obstrucción intestinal,

Introducción

En una revisión de 30 años se encontró que los tumores de intestino delgado son raros, presentándose 2,700 casos nuevos y 900 muertes por año en los Estados Unidos de Norteamérica. Los tumores carcinoides del tubo digestivo, predominan en el apéndice y en el intestino delgado (88%); hay predilección por el íleo en relación de 10 a 1 con respecto al yeyuno. Otros sitios donde se pueden localizar son esófago y estómago en un 5% e intestino grueso en un 6%.¹

El carcinoide del intestino delgado es poco común, de crecimiento lento, metastatiza tardíamente, con sobrevida a varios años.² Son apudomas originados en células enterocromafines del aparato digestivo, pudiendo estar relacionados con tumores medulares del tiroides, feocromocitomas y hasta en un 15% se encuentran neoplasias en otros órganos

SUMMARY. A case of a patient with transoperative diagnosis of carcinoid type tumor of small bowel that caused partial obstruction is reported. The abdominal symptomatology was incomplete intestinal obstruction. It was treated with resection of the lesionated segment and the respective mesentery. The definitive histopathologic diagnosis was carcinoid tumour of small bowel with resection border and mesentery free of tumoral activity. This case is presented because its difficult preoperative diagnosis, the importance of understand this type of tumour and the review of its surgical management.

Key words: small bowel, neoplasms, obstruction, surgery.

como colon, pulmón, estómago, paratiroides y mamas. La mayor frecuencia se encuentra en pacientes de 25 a 45 años.³

Caso clínico

Se trata de una paciente del sexo femenino de 73 años de edad, sin antecedentes personales patológicos de importancia ni de tipo quirúrgico, presenta un cuadro clínico caracterizado por dolor de tipo cólico en todo el abdomen acompañado de distensión abdominal y ocasionalmente vómitos de contenido gastroduodenal.

A la exploración se encontró en buenas condiciones generales, cardiopulmonar dentro de límites normales. Abdomen blando depresible con discreta distensión, sin masas palpables, con ruidos hidroaéreos de lucha en el acmé del dolor.

La telerradiografía de tórax dentro de límites normales, placa simple de abdomen decúbite y de pie demuestran algunas asas de intestino delgado con gas y discretamente dilatadas. Los estudios de laboratorio no demostraron alteraciones. El manejo inicialmente fue médico, sin embargo la paciente continuó con dolor importante abdominal y datos de obstrucción intestinal incompleta de origen a determinar. Por lo cual, se procedió a efectuar laparotomía exploradora mediante una incisión media, supra e infraumbilical

*Jefe de Serv. Cirugía Mujeres del Hospital Central Militar.

** Director Escuela Militar de Oficiales de Sanidad.

*** Jefe de Sección de Quirófano del Hosp. Central Militar.

**** Residente de Cirugía del Hosp. Central Militar.

Correspondencia:

Tte. Cor. M.C. Gonzalo de la Torre Martínez
Hospital Central Militar. Serv. Cirugía Mujeres.

de aproximadamente 15 cm de largo revisándose la cavidad; encontrándose dilatación de yeyuno en la parte proximal y en la parte distal se encontró una tumoración de características leñosas que disminuía la luz del intestino en un 80%, sin ganglios; se efectuó resección de un segmento de 15 cm de yeyuno, el cual se envió a estudio transoperatorio reportándose como tumor de tipo carcinoide sin ganglios, la reparación se efectuó mediante anastomosis en dos capas con material absorbible la primera, y la segunda con inabsorbible. Transcurrió sin accidentes ni incidentes, recuperándose la paciente y egresándose al cuarto día sin complicaciones. El reporte histopatológico definitivo de la pieza fue de carcinoide de intestino delgado sin ganglios y con bordes de resección libre de tumor.

Por ser un caso extremadamente raro y de difícil diagnóstico, se presenta y se revisa la literatura.

Discusión

El sitio más común de los tumores de intestino delgado es el duodeno en el 46%, yeyuno en 33% e ileon en el 21%. El adenocarcinoma se presenta en el 63%, linfoma en el 15%, leiomioma, 13%, tumor carcinoide 6% y otros en el 3%.¹ Los carcinoides del intestino delgado se deben de considerar como neoplasias malignas de evolución lenta. Sólo el 3% de los carcinoides apendiculares generan metástasis, a diferencia de 35% de los carcinoides de fleo. El 75% de los tumores miden menos de 1 cm de diámetro. Otra característica, es la coexistencia con otra neoplasia maligna primaria de diferente tipo histológico, encontrándose en algunas series hasta en un 28% de los enfermos.⁴

Los datos clínicos en forma global son: en el 30% los tumores de intestino delgado causan obstrucción, dolor, hemorragia o síndrome carcinoide presentándose éste sólo en el 10% y que consiste en rubor, diarrea, broncoconstricción, valvulopatía en cavidades derechas debido a depósitos de colágeno. Las sustancias biológicamente activas a su paso por el hígado son destruidas. Frecuentemente son asintomáticos y el diagnóstico es difícil, debe de ser considerado en todo paciente que curse con dolor abdominal de causa no determinada y generalmente no se realiza antes de efectuar la cirugía.⁵

La cintigrafía con receptores de somatostatina es un estudio reciente y novedoso de imagen que sirve para detectar tumores carcinoides del intestino delgado, localiza al 83% de los tumores y al 90% de las metástasis.⁶

El tratamiento es a base de la extirpación local de todos los tumores accesibles, en el intestino, mesenterio y cavidad peritoneal, si existen implantes en mesenterio, se recomienda una segunda laparotomía seis meses después. La estenosis de la luz se produce por una fibrosis que rodea al tumor y no por la masa en sí.

Su crecimiento es lento durante meses o años. La supervivencia a 5 años es de 70% en los pacientes con resección del segmento afectado de intestino delgado.³

Este tipo de tumores son de difícil diagnóstico preoperatorio, siendo la sintomatología muy diversa, se debe de estar muy alerta en el transoperatorio con lesiones tumorales de intestino, de la posibilidad de los diferentes tipos histológicos que podemos encontrar, efectuar un transoperatorio en forma rutinaria en este tipo de lesiones debe de ser la norma. Se requiere tener el conocimiento del tratamiento que deba proporcionarse al paciente durante el acto quirúrgico, dependiendo de la estirpe histopatológica, ya que en muchas ocasiones, de esto depende la curación o el manejo adecuado de tipo paliativo.⁷

Referencias

1. Kelm C, Padberg W, Zimmermann T, Hurtgen M y cols. Malignant tumors of the small intestine. *Zent Chirur* 1994; 199: 639-44.
2. Yoshida EC, MacDonal WC, Schmidt N. *World J Surg* 1993; 17: 685.
3. Theodore R. Schorock. Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos. Lawrence W. Way Editorial Manual Moderno 1988: 562.
4. Courtney M. Townsend, Jr., James C. Thompson. Principles of surgery. Sixth Edition. Schwartz. Libros McGraw-Hill de México 1994: 1174-1178.
5. Rothmund M, Kisker O. Surgical treatment of carcinoid tumors of the small bowel, appendix, colon and rectum. *Digestion* 1994; 55(Suppl 13): 86-91.
6. Dorr U, Rath U, Chumrann G, Horing E y cols. Somatostatin receptor scintigraphy. A new imaging procedure for the specific demonstration of carcinoid of the small intestine. *Rofo (German)*. 1993; 158: 67-73.
7. Hoffmann TF, Beer M, Burlefinger R, Gunther. Treatment strategy and prognostic factors. *Chirurg*. 1995; 66: 62-65.