

Tumor carcinoide de colon. Presentación de dos casos

Carcinoid tumor of colon: presentation of two cases

Dr. Osmerly Villafaña Castillo; Dr. Felix Kadel Canino Cereijo

Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo en dos pacientes que acudieron al Servicio de Cirugía General del Hospital Militar Clínico Quirúrgico Octavio de la Concepción y de la Pedraja, en fechas diferentes, uno en el año 1995 y el otro en el año 1996, los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico clínico, imagenológico y uno laparoscópico, de cáncer de colon. Se les realizó resección tumoral, que incluyó ilectomía de aproximadamente 30 cm del íleon terminal, hemicolectomía derecha, resección del tercio proximal del colon transversal. El tejido resecado fue enviado al departamento de anatomía patológica para su estudio histológico, informando en ambos casos la presencia de tumor carcinoide. A los 21 días de operados se les aplicó un esquema de tratamiento a base de 5 - fluorouracilo y factor de transferencia, la dosis y la frecuencia de administración de los medicamentos fueron ajustados de acuerdo al peso y la talla de cada paciente. La supervivencia se determinó de acuerdo con el tiempo de evolución postoperatoria y ambos pacientes sobrepasan los cinco años de operados; los resultados obtenidos fueron los esperados.

DeCS: TUMOR CARCINOIDE; NEOPLASMAS DEL COLON.

ABSTRACT

An observational descriptive study was carried out in two patients who assisted to the general surgery service at Octavio de la Concepcion y del Pedraja Military Hospital, in different dates, one in 1995 and the other in 1996, which were surgically intervened with the clinical, imaging and laparoscopic diagnosis of colon cancer. Tumoral resection was made, which included ileotectomy of approximately 20 cm of the terminal third of transverse colon; resected tissue was sent to the Anatomy Pathological Department for its histologic study, informing in both cases the presence of an informing tumor. On day 21 after the operation, a treatment scheme based on 5 fluorouracil and transference factor was applied. The dose and frequency of drug administration were adjusted according to the weight and size of each patient. Survival was determined as to the postoperative evolution time and both patients surpassed the five years of being operated; results obtained were the ones we hoped. Literature was reviewed.

DeCS: CARCINOID TUMOR; COLONIC NEOPLASMS.

INTRODUCCIÓN

El término Cáncer proviene del Griego Karkinos y se cree fue utilizado por primera vez por Hipócrates, quien atribuye este padecimiento al exceso de bilis negra. Los mecanismos fundamentales que conducen al cáncer humano, aún son desconocidos, sin embargo, la nueva información descubierta acerca de los genes para cáncer, virus, carcinógenos, crecimiento celular y diferenciación celular, retrovirus oncógenos y protooncógenos, forman parte del léxico de esta biología molecular que busca explicar esos procesos reguladores esenciales. ¹

Los tumores carcinoides son neoplasias potencialmente malignas, su tendencia a mostrar un comportamiento agresivo depende del lugar de origen, de la profundidad de la infiltración local y del tamaño del tumor, sobre todo cuando el tamaño supera los dos cm; su incidencia máxima se produce durante el sexto decenio de la vida, pero pueden aparecer a cualquier edad, constituyen menos del 2 % de las neoplasias colorrectales malignas. ²

Algunos carcinoides producen un síndrome que se observa en el 1 % de todos los pacientes que padecen de tumor carcinoide: la causa principal del síndrome es oscura, pero se cree que gran parte de sus manifestaciones dependen de la producción excesiva de serotonina (5 - hidroxitriptamina). (5 H.T).³

En la sangre y en la orina de la mayoría de los pacientes con síndrome carcinoide clásico se encuentran niveles elevados de 5 H.T y de su metabolito.⁴

Teniendo en consideración la baja incidencia que ha tenido en nuestro medio este tipo de neoplasia, nos propusimos valorar los efectos y los resultados que proporcionarían la utilización y la combinación del 5 fluorouracilo y el factor de transferencia empleando para los mismos esquemas de tratamiento a mediano y largo plazo.

PRESENTACIÓN DE CASOS

CASO 1

Paciente de 68 años de edad, raza blanca, sexo masculino, con Historia Clínica #43306, que tiene como motivo de ingreso dolor abdominal y tumoración palpable a nivel del flanco derecho. Refiere el paciente que él nunca se había enfermado y desde hace aproximadamente tres meses viene padeciendo dolores en el abdomen, más localizados en el flanco derecho acompañados de deposiciones líquidas, para lo cual ha acudido en varias ocasiones a su médico de familia y al policlínico de su área de salud y hasta hace un mes había resuelto, pero ahora las deposiciones líquidas se han incrementado y no mejora con el tratamiento astringente que le indicaron. Además le hicieron un análisis de Hemoglobina y tenía 70 g/l, lo que le llamó la atención a su médico de familia quien lo remitió a la consulta de Cirugía donde fue ingresado.

Examen físico

Se constata una tumoración en flanco derecho de aproximadamente 9 cm, de aspecto redondeado renitente e irregular, discretamente doloroso a la palpación, las mucosas estaban hipocoloreadas; no edema de miembros inferiores.

El examen cardiopulmonar: normal, al igual que los signos vitales. El estudio radiográfico de tórax: normal. Rx de Colon por enema: se observan dificultades en el pase del contraste a nivel del tercio medio del colon ascendente, sugestivo de cáncer de colon (**figura 1**).



**Figura. 1. Rx de colon por enema:
se observan dificultades en el pase del
contraste a nivel del tercio medio del colon.**

Se completa el estudio preoperatorio y se planifica la intervención quirúrgica, se le realiza resección de aproximadamente 20 cm de la porción distal del íleon, colon ascendente incluyendo la tumoración, tercio proximal del colon transverso; se toman todas las medidas y normas oncológicas al respecto; no se aprecian metástasis hepáticas ni a otro nivel. La continuidad del tránsito intestinal se llevó a cabo mediante una ileotransversostomía término lateral, el tejido resecado fue enviado al departamento de Anatomía Patológica para su estudio histológico, informando la presencia de tumor carcinoide que infiltra hasta la serosa.

El paciente evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta. El seguimiento se planificó por consultas externas programadas.

CASO 2

Paciente del sexo femenino, de 70 años de edad, de raza negra. Historia clínica # X9855. Ingresó en el Servicio de Cirugía General el día 31 de Julio de 1996 refiriendo que hacía aproximadamente un mes había comenzado con un cuadro doloroso a nivel de epigastrio de moderada intensidad que remitía en ocasiones, pero al dolor se le sumó en los últimos 15 días decaimiento y varias deposiciones líquidas que al inicio eran abundantes en número y escasas en cantidad, de características acuosas y algunas flemas, las mucosas estaban secas e hipocoloreadas, la frecuencia respiratoria

era de 18 respiraciones por minuto y a la auscultación de los pulmones no mostró ni estertores, ni soplos.

El abdomen era globuloso y depresible; doloroso al nivel de la fosa ilíaca derecha donde se constata una tumoración de aspecto redondeado de aproximadamente 10 cm e irregular, renitente, o sea era móvil y el dolor se exacerbaba a la compresión. El hígado rebasaba dos traveses de dedos del reborde costal. Los ruidos hidroaéreos estaban aumentados, timpanismo a la percusión y el tacto rectal que se consideraron normales.

En los miembros inferiores había edema que dejaba godet y se extendía hasta los genitales externos.

Se realizan estudios complementarios observando anemia de Hb: 40 g/l e hipoproteramina: 12 g/100, USG: normal, RX de colon por enema: se observa zona de defecto de llenado a nivel del ciego, acompañado de distensión del marco cólico (**figura 2**). Se realiza Laparoscopia abdominal: se observa apilotamiento de asas intestinales cubiertas por epiploon que ocupa ciego e íleo terminal, angulando este último, no se aprecian lesiones metastásicas en hígado.



Fig. 2. RX de colon por enema: se observa zona de defecto de llenado a nivel del ciego, acompañado de distensión del marco cólico.

Se completaron los exámenes preoperatorios reglamentarios y se planificó la intervención quirúrgica para el 12 de agosto. En el acto quirúrgico se encuentra gran tumoración del ciego e íleon, cubierta por epiplón que fue fácil de liberar, se explora el resto de la cavidad abdominal, hígado sin metástasis de aspecto normal, peritoneo normal, bazo normal, vejiga normal, resto de la cavidad abdominal normal, se realiza resección ampliada del tumor que consistió en:

Iliectomía distal de aproximadamente 30 cm, hemicolectomía derecha, resección del tercio proximal del colon transversal y la continuidad del tránsito intestinal que se llevó a cabo mediante una ileotransversostomía término lateral. El tejido resecado fue enviado al departamento de Anatomía Patológica para su estudio histológico que informó la presencia de tumor carcinoide.

El paciente evoluciona satisfactoriamente, por lo que se decide dar alta hospitalaria, el seguimiento se planificó por consultas médicas externas programadas.

A los 21 días de operados ambos pacientes se inició la terapia medicamentosa con 5 fluorouracilo a una dosis de 12 mg / kg de peso corporal, utilizándose el siguiente esquema:

- a) Una dosis diaria durante cuatro días.
- b) Una dosis semanal durante cuatro semanas.
- c) Una dosis quincenal hasta administrar cuatro dosis
- d) Una dosis mensual durante cuatro meses.

En el segundo año de tratamiento la dosis se ajustó cada seis meses, las dosis siguientes fueron administradas anualmente hasta el 5to año en que se suspendió la terapia.

El factor de transferencia se comenzó a administrar una semana antes de iniciar el ciclo con citostático, utilizando el siguiente esquema:

- a) 1 mg disuelto en 1 ml de agua destilada por vía s/c días alternos la primera semana.
- b) 1 mg disuelto en 1 ml de agua destilada por vía s/c semanal durante cuatro semanas.
- c) 1 mg disuelto en 1 ml de agua destilada por vía s/c una semana antes y otra después de la administración del citostático hasta completar los cinco años de tratamiento, fecha en que se suspendió el tratamiento.

El seguimiento se estableció por consultas externas programadas:

- 1. Mensualmente el primer año.
- 2. Cada dos meses el segundo año.

3. Cada seis meses hasta la actualidad.

En cada consulta se valoran los aspectos siguientes:

a) Evolución Clínica.

b) Exámenes de imagenología.

-USG abdominal en cada consulta.

-RX de tórax AP anual.

-RX de tránsito intestinal a los dos años.

c) Exámenes de laboratorio:

d) ECG cada seis meses.

En cada consulta se indicó: leucograma, conteo de plaquetas, Hb, eritrosedimentación, glicemia, fosfatasa alcalina, TGO, TGP, creatinina, coagulograma mínimo, proteínas totales.

Se analizan los efectos secundarios dependientes de las drogas utilizadas y de la técnica quirúrgica empleada.

DISCUSIÓN

Los tumores carcinoides del colon están considerados como una de las formas menos frecuentes de neoplasias del colon aparecen a cualquier edad y constituyen menos del 2 % de todas las neoplasias de este órgano.

Bajardi G, et al, reportan un caso de tumor carcinoide localizado en el sigmoide, coinciden en que es una forma de presentación del cáncer colorrectal rara y la supervivencia depende del diagnóstico temprano, sobre todo cuando éstas son mayores de 2 cm, tamaño considerado altamente metastatizante. ⁵

En un estudio realizado en Taiwan en un período de 35 años se reportaron 50 casos de pacientes con tumor carcinoide, no precisan localización anatómica ni preferencia de sexo, la edad más afectada fue en pacientes mayores de 50 años y enfatizan el rápido diagnóstico por considerar esta neoplasia potencialmente metastatizante cuando su tamaño excede los 2 cm en dependencia del lugar de origen y de la propiedad de la infiltración local; por lo que la supervivencia de estos pacientes atendidos y tratados oportunamente sobrepasan los cinco años. ⁶

Otros autores han reportado que después del tratamiento quirúrgico en pacientes operados por tumor carcinoide han padecido de tránsito intestinal acelerado, después

de la resección intestinal de 100 cm de íleon y de la presencia en orina de 24 h del metabolito de la serotonina con cifras que superan los 120 mg.^{7-10.}

En relación con la estadía y supervivencia Moyana y Gerstl J.T coinciden con la opinión de otros autores y piensan que el mejor pronóstico es el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.^{11, 12.}

Un análisis de 12 años realizado en nuestro medio arrojó que de todas las operaciones realizadas de colon por neoplasias, sólo se reportaron dos casos de tumor carcinoide, el diagnóstico fue muy oportuno en uno de ellos y clasificado como Dukes C.² El tratamiento quirúrgico y la terapia medicamentosa posibilitaron que la supervivencia en la actualidad sobrepase los cinco años. Los pacientes están asintomáticos y el tratamiento que llevan es higiénico-dietético con excelente calidad de vida. Las complicaciones más frecuentes fueron las reacciones a los citostáticos como las náuseas, vómitos, que mejoraron con metoclopramida, hubo alopecia parcial en ambos casos, pero después al espaciar la dosis de citostáticos disminuyeron las reacciones adversas. En cuanto a las manifestaciones clínicas y formas de presentación la mayoría de los trabajos revisados coinciden en que los tumores carcinoides gastrointestinales pueden producir síntomas locales debido a la angulación o la obstrucción del intestino delgado.¹³ Muchos son asintomáticos y sólo se encuentran incidentalmente. Los productos de secreción de algunos carcinoides producen distintos síndromes endocrinos que dependen de su localización anatómica. En algunos casos estos tumores toman tamaño inferior a 1 cm, lo que los hace extremadamente difíciles de encontrar, incluso, durante la exploración quirúrgica.

En general las manifestaciones clínicas de los tumores carcinoides pueden estar dadas por:

- Trastornos vasomotores (cianosis aparente)
- Hipermotilidad intestinal (diarreas, cólicos, náuseas, vómitos)
- Crisis asmática de broncoespasmo (sibilancia, tos, disnea)
- Hepatomegalia (hígado nodular por metástasis).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flores B, Luis A, Ramos Anival M. Villacr, S Castro. Asociación entre helicobacter pylori y el cáncer gástrico. Quito, S:N. 1995. p.121.
2. Devita VT, Hellman S, Ropsemberg SA. Cáncer. T1. En: Principios y práctica de oncología. La Habana: Editorial Científico -Técnica; 1994. p. 13-31.

3. Claude BJ. Tratado de Medicina Interna. T2. 20 ed. México: Mac Graw –Hill; 1998. p. 1162.
4. Contran Kumar, Collins. Tumor Carcinoide. Robins ed. Madrid. 1999. p. 871-2.
5. Greensstein A.J, Balasubramanian S, Harpaz N, Rizwan M, Sachar DS. Carcinoid Tumor and inflamatory bowel disease: a study of eleven cases and review of the literature. Mount Sinai School Medicine 1997; 92(4): 682-5.
6. Weng YJ, Wangss, YangWo, ChaoY, Lai CR, Lee SD. Carcinoid tumors of the gastrointestinal tract In Chinese of Taiwan: An analysis of fisty cases Chia-Yi Veterans. Hospital 1996: 58(4):54-8.
7. Saslow SP, Obrien MD, Camilleri M, Von der ohe M. Octreotide inhibition of flushing and colonic motor dysfunction in carcinoid syndrome. Mayo Clinic 1997; 92 (12): 2250-6.
8. Saslow SB, Camillei M, ThomForde GM, Van Dyle CT, Pitot. Relation between fat malabsortion and transit abnormalities in human carcinoid diarrhoea. Gastroenterology 1996;110(2): 405-10.
9. Chaturredi KU, Kaur H. Composite. carcinoid of the colon a case report. Indian J. Cancer 1994;32(3): 203-6.
10. Spread C, Berkel H, Jewel I, Jenkins H, Yakimetts. Colon carcinoid tumors. A population – based study. University Hospital Alberta. Edmonton, Canada 1994; 37(5): 482-91.
11. Moyano TM, Zhang D, Xiang J. Single Jejunoileal and rigth. Colonic carcinoids as midgut tumor. A study collating inmunophenotypes and histogenesis. Royal University Hospital Sakatoon, Canada 1995.
12. Gerstle JT, Kauffman GL, Koltun WA. The incidence, management, and outcome of patients with gastrointestinal carcinoids and second primary malignancies. Gastroenterology 1995; 180 (4): 427-52.
13. Contrab RS, Kumar V, Collins, Toker. Tumor carcinoide. Robins. 6 ed. MacGraw-Hill; 1999: 809.

Recibido: 20 de diciembre de 2002

Aprobado: 20 de mayo de 2003

Dr. Osmerly Villafaña Castillo. Especialista de II Grado en Cirugía General. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey. Cuba.