

Tumor Carcinoide de la Ampolla de Vater

Dr. Iván Nieto Orellana (1)*

Dr. Ernesto Paladines (1)*

Dra. France J. Aguilar A.(2)

Dra. Cecilia Abarca R.

Dr. Gustavo Trujillo E.(3)*

(1)* Médico Tratante Dep. Gastroenterología ION - SOLCA. Guayaquil.

(2)* Médico Residente 2 Post-grado Gastroenterología ION - SOLCA. Guayaquil.

(3)* Médico Residente 1 Post-grado Gastroenterología ION - Solca. Guayaquil.

Abstracto

Los tumores carcinoides son los tumores endócrinos del intestino más frecuentes, la incidencia de la población general es de 1.5 casos por cada 100.000 habitantes, la distribución por edades incluye de 10 a 90 años con una frecuencia máxima sexta y séptima década de la vida. (5). El tumor carcinoide de ampolla de Vater es raro, la clínica es inespecífica y hormonalmente inactivo, se pone de manifiesto por la colestasis, el diagnóstico correcto es dado por la histología.

El tratamiento es la pancreatoduodenectomía radical o local según el tamaño tumoral y el seguimiento es a largo plazo.

Palabras Claves: Tumor carcinoide, síndrome carcinoide, APUD.

Abstract

The tumors carcinoides is the most frequent endocrine tumors of intestine. The general population's incidence is of 1.5 cases for 100000 habitants, the distribution for ages includes from 10 to 90 years with a maximum frequency in the sixth and seventh decade of life. The tumor carcinoide of the Vater bladder is very strange, the clinical square is inespecific and inactive hormonal, becomes symptomatic for the colestasis, the correct diagnosis is given by the histology.

The treatment is the radical or local pancreatoduodenectomy according to the size tumoral, and long term pursuit.

Key Word: Carcinoide Tumors, APUD

INTRODUCCIÓN

Los tumores carcinoides constituyen el 55% de todas las neoplasias endócrinas del intestino delgado de éstos el 13 al 34% son del intestino delgado(1). Debido a su origen en el sistema APUD (Amine Precursor Uptake Descarboxilasa), los tumores se localizan de preferencia en el tubo intestinal, pudiendo aparecer en cualquier sitio excepto en esófago. Tiene especial incidencia en yeyuno, íleon y apéndice. También puede aparecer en las vías biliares, páncreas, ovarios y pulmón. La localización gástrica se presenta en el 2.8% y duodenal 2.9% Aumentando considerablemente la incidencia en el intestino delgado, especialmente en íleon, pudiendo ser hasta 8 veces más frecuente que en yeyuno. La localización más habitual de éste tumor es en apéndice 36%. En colon son poco frecuente 6%, los localizados en vías biliares representan un hallazgo ocasional, en ampolla de vater se han reportado 184 casos hasta 1999, representando aproximadamente el 0.2% de los tumores endócrinos de intestino(2).

Los tumores carcinoides del duodeno difieren de los de ampolla de Vater en varios parámetros según un estudio realizado en México(3)

Correspondencias y Separatas:

Dr. Iván Nieto O. Médico Gastroenterólogo

Servicio de Gastroenterología

ION -SOLCA

Av. Pedro Menéndez Gilbert (Junto a la Atarazana)

Guayaquil - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

con 13 pacientes de los cuales 9 fueron mujeres y 4 varones, entre las edades de 59-64 años y con un tamaño tumoral entre 1.6 y 1.85 cm.

Todos los pacientes con tumor de ampolla de Vater presentaron ictericia mientras que los del duodeno fueron asintomáticos, las metástasis estuvieron presentes en cuatro pacientes con cáncer de ampolla de Vater y en 1 con tumor carcinoide de duodeno. Las células tumorales expresaron sinaptofisina y cromograninas en 60% de los pacientes con tumor en ampolla de Vater mientras que 75 -100% se presentó en las células tumorales de duodeno, 3 de los 5 pacientes con tumor de ampolla de Vater murieron de la enfermedad en un plazo de 11 meses en tanto que los pacientes con tumor carcinoide de duodeno murieron a los 103 meses de seguimiento.

Según un estudio realizado en Alabama USA en 73 pacientes reportados de la literatura internacional como tumor carcinoide de la ampolla de vater(4) se encontraron características similares en lo que se refiere a sexo masculino, ausencia de síntomas, diagnóstico preoperatorio infrecuente, presencia de metástasis sin relación con el tamaño tumoral, supervivencia a 5 años del 90%, el tratamiento utilizado fue la pancreatoduodenectomía con una mortalidad del 11% y morbilidad del 46%. En un análisis multifactorial realizado en Francia con 111 pacientes con tumor carcinoide de ampolla de Vater (5) en un espacio de 20 años, la edad, el tipo de tratamiento y el estadio al momento del diagnóstico fueron influyentes al dar el pronóstico. La incidencia aumentó con el paso de los años desde 1.9% en hombres en un primer período desde 1976 a 1980, a un 5.9% en un último período desde 1991 a 1995. En mujeres la incidencia se mantuvo estable. Una resección como cura se realizó



en 52 casos(48%), TNM estadio 1 fueron 9.9% y estadio 4 fueron 54%, la sobrevida a 5 años varia desde 72,8% en TNM estadio 1 a 6,6% en TNM estadio 4.

El tratamiento de elección es la resección Whipple o local en tumores pequeños menos de 2cm (6), el seguimiento a largo plazo es necesario por la posibilidad de recurrencia después de la intervención quirúrgica, la afectación ganglionar está presente al momento de la cirugía en el 20%teniendo una sobrevida a los 5 años del 5 al 10%(7). El tratamiento quimioterápico estaría indicado en caso de carcinoma metastásico, si bien no existe una opinión unánime al respecto ya que los pacientes pueden permanecer durante años con enfermedad metastásica estable, la pauta más utilizada es el 5 fluoracilo más Adriamicina con respuestas transitorias alrededor del 30%(8)

CASO CLÍNICO

Paciente de 56 años, femenino, con cuadro clínico de dos días de evolución caracterizado por dolor en hipocondrio derecho y alza térmica, refería desde hace 45 días anorexia, pérdida de peso (5Kg), coluria, prurito náusea.

Antecedentes Patológicos personales: histerectomía hace 28 años por miomatosis uterinas, fiebre tifoidea hace 6 meses.

Exploración Física: buena hidratación, estado nutricional conservado, ictericia conjuntival, aparato cardiovascular normal tonos rítmicos puros, no soplos, aparato pulmonar conservado no ruidos patológicos, abdomen blando depresible sin masas ni megalias palpables, con molestia a la palpación profunda en hipocondrio derecho, peristaltismo normal, pulsos periféricos normales, no adenopatías periféricas, ausencia de edema de extremidades.

Exploración Complementaria

Laboratorio: Htco 38.1% Hb 13.5%, Leucocitos 9900 con 80% de neutrófilos, 14% de linfocitos, 1% de eosinófilos, plaquetas 270.000, TTP 39.4 seg. TP 12seg, fibrinógeno 489mg%, albúmina 3.6g. TGO 100U/ml TGP 133U/ml, GGT 766 U/ml, FA 501U/ml, BT 4.41mg/l, BD 3.3mg/l, AFP, CEA, CEA19.9 normales.

Ecosonograma Abdominal: vesícula discretamente dilatada sin litiasis, colédoco de 2cm de diámetro hasta la porción intrahepática sin imágenes de cálculos en su luz, cuerpo pancreático normal.

Tomografía abdominal: Hígado sin lesiones, dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, páncreas normal, con Wirsung dilatado hasta confluencia con colédoco, duodeno morfológicamente normal exploración sugestiva de ampuloma.

Colangiografía retrógrada endoscópica: papila aumentada de tamaño muy prominente con mucosa irregular en el área del forámen papilar en que aparece friable e irregular, se canula con dificultad logrando opacificar únicamente el Wirsung que aparece dilatado y arrosariado, la canulación de la vía biliar hace refluir el contraste sin opacificar la vía, se toma biopsia de la papila el diagnostico fue displasia epitelial focal con fibrosis e inflamación submucosa no concluyente de neoplasia.,en nueva ERCP realizada para confirmación, los hallazgos fueron similares y la biopsia reportó inflamación crónica

acentuada con cambios reparativos,un fragmento muestra cambios arquitecturales y citología marcada focal sospechosa de proceso neoplásico maligno decide resección quirúrgica tipo Whipple obteniendo pieza quirúrgica con tumor ampular de aproximadamente 7 mm de diámetro que correspondió a tumor carcinoide estadio TNM 1.; Ver fotos 1,2.

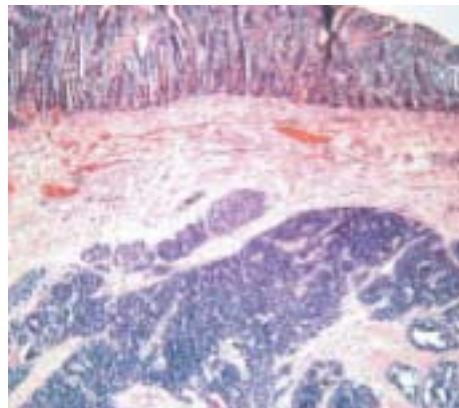


Foto 1

H y E Duodeno con Tejido Tumoral en la lámina propia

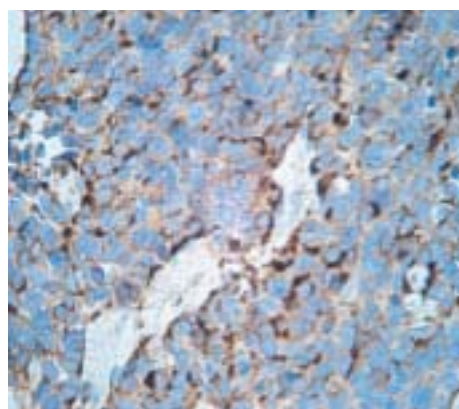


Foto 2

Inmuno Histoquímica, Células Tumorales Cromograninas Positivas

DISCUSIÓN

El tumor carcinoide de ampolla de Vater es raro, el cuadro clínico es inespecífico suele aparecer como un tumor hormonalmente inactivo, se vuelve sintomático por la colestasis e ictericia en la mayoría de los casos y no por síndrome carcinoide, en contraste con el carcinoide duodenal no existe relación entre el tamaño tumoral y la incidencia de metástasis (9),el diagnóstico correcto es dado por la histología y la inmunohistoquímica de muestras tomadas por endoscopia (10) en cuanto a la sensibilidad diagnóstica métodos como la endosonografía y la somatostatina-receptor-scintigraphy que estadifica ciertamente el tumor pueden hacerse intraoperatoriamente y este método estaría indicado para seguimiento (11) el control debe ser a largo plazo 5 a 10 años por peligro de recurrencias, el pronóstico es mejor que los tumores carcinoide de otras partes de tubo Digestivo por la presencia de síntomas tempranos como la ictericia (12).

Nuestro paciente al momento se encuentra asintomático, sin evidencia de recidiva tumoral a los 12 meses aproximadamente de

la pancreatoduodenectomía.

Bibliografía

1. Strasberg SM, Callery MP, Soper NJ, lapa gastrointestinal Endoscopia Clinic North Am 1996; 6:81-105.
2. Stoker ME, Hebert JC, Bothe AJ. Common biler duct exploration in the era of laparoscopic sugery. Arch: Surg 1995 ; 130: 265-9
3. Minimiano A, Nakatsu, U8chidaN, et al. Papillary dilatation Vs sphincterectomy in endoscopic removal of bile duct stomes. A radmdomized Trial whith maqnometric funtion dig Sc; 1995; 40; 2550-4
4. Ponchon t, berger f, Chavaillon A et al. Ampullary neoplasia an endoscopic approach. Gastroenterología 98. 53 1990
5. Sivak MV. Clinical and endoscopic aspects of tumors of the ampulloma de vaters. Endoscopy Aspect of tomors of the ampulloma de vater Endoscopy 20: 211,1998
6. Oberg K: Carcinoid tumors: current concepts in diagnosis and treatment. Oncologist 3(5): 339-345, 1998
7. Moertel CG, Johnson CM, McKusick MA, et al,: The management of patients with advanced carcinoid tumors and islet cell carcinomas. Annals of Internal Medicine 120(4): 302-309, 1994.
8. Kulke MH, Mayer RJ: Carcinoid tumors. New England Journal of Medicine 340(11): 858-868,1999
9. Delcore R,Friesen SR: Gastrointestinal neuroendocrine tumors. Journal of the American College of Surgeons 178(2): 187-211,1994
10. Modlin IM, Sandor A: An Analysis of carcinoid tumors. Cancer 79(4): 813-829,1997
11. Gerstle JT, Kauffman GL, Koltun WA: The incidence,management, and outcome of patients with gastrointestinal carcinoids and second primary malignancies.Journal of the American College of Surgeons

Del Editor

LAS REFERENCIAS

Las referencias constituyen una parte fundamental de un manuscrito científico. las referencias seleccionadas por el autor reflejan su conocimiento del trabajo realizado por otros y que él ha consultado para realizar el suyo. Citar una referencia de una referencia, publicada previamente, sin revisar la publicación original es un mal método de investigación. Una publicación médica nunca debe citarse como referencia si el autor del nuevo manuscrito no la ha leído.

Los manuscritos con demasiadas referencias más que erudicción reflejan inseguridad. El hecho de leer una publicación mientras se está elaborando el manuscrito, no significa que deba ser citada como referencia; sólo deben incluirse aquellas que sean necesarias para dar al manuscrito, sustentando la información y los comentarios que se le atribuyen. Así como un buen párrafo no tiene palabras innecesarias, un buen manuscrito no tiene referencias innecesarias. la capacidad que tenga el autor para recolectar información es la clave del éxito de un trabajo científico.

Adaptado de: Am. J. Cardiol 1983; Mayo 1.

