

Tumores carcinoides Colo-rectales

Doctores: Reyes Germán (1), Sánchez Jaime (2), Panchana Guido (2), Marengo Carlos (3), Leone Gaetano (4), Aguilar Janine (5), Abarca Cecilia (5), Mendoza Francisco (6)

1. Cirujano Oncólogo Adscrito. ION-SOLCA Guayaquil
2. Cirujanos Oncólogos de ION-SOLCA Guayaquil
3. Cirujano Oncólogo. Jefe Servicio Cirugía ION-SOLCA Guayaquil
4. Anátomo-Patólogo ION-SOLCA Guayaquil
5. Médicos Residentes Post-Gradistas Servicio Gastroenterología.
6. Médico Gastroenterólogo Jefe Servicio Gastroenterología

ABSTRACTO

Los tumores carcinoides de colon y recto son lesiones poco frecuentes y, los carcinoides rectales, tienen un comportamiento biológico diferente. El tratamiento quirúrgico es la única alternativa terapéutica ya que son tumores químicamente y radioresistentes. En los tumores colónicos, la colectomía reglada, incluyendo la extirpación de los ganglios correspondientes, es la mejor opción. Para los tumores de recto, las opciones técnicas incluyen resección endoscópica, escisión local, resección anterior baja y resección abdominoperineal. El tamaño tumoral y la invasión de la capa muscular son las principales características que permiten decidir el tipo de tratamiento quirúrgico y al mismo tiempo son los factores pronósticos más utilizados. Los tumores pequeños de menos de 1 cm generalmente se tratan con resección local (ambulatoria – endoscópica- o en quirófano). Los tumores de más de 2 cm requieren una cirugía mayor con resección del recto. En los tumores de tamaño intermedio (1-2 cm) el tratamiento se debe individualizar según cada caso, teniendo en cuenta la edad del paciente, localización del tumor –recto alto, medio o bajo-, y grado de afectación de la pared rectal. Reportamos 6 casos de carcinoides colorectales (2 de colon y 4 de recto), diagnosticados y tratados en el Instituto Oncológico Nacional, Guayaquil.

Palabras clave: tumor carcinoides colo-rectal, resección endoscópica, resección endoanal.

ABSTRACT

Colorectal carcinoids are relative uncommon lesions, rectal carcinoids are tumors with different biological behavior. Surgical treatment remains as the unique curative treatment, in these tumors chemotherapy and radiotherapy have no effect. For colonic tumors, in block colectomy with nodal resection is the best option. For rectal tumors, surgical options are: endoscopic resection, local excision, low anterior resection and abdominoperineal resection. Tumor size and muscular layer invasions are main prognostic factors. Tumor less than 1 cm, usually are treated by local resection. Large tumors (more than 2 cm) requires major surgery (rectal resection). In tumors between 1-2 cm treatment should be individualized according to patient age, tumor location (high, medium or low rectum) and degree of rectal layer invasion. We report 6 cases of colorectal carcinoids (2 colonic and 4 rectal) which have been diagnosed and treated at the Instituto Oncológico Nacional, Guayaquil.

Key words: colorectal carcinoids, endoscopic resection, endoanal resection.

INTRODUCCIÓN

Los tumores carcinoides, descritos por primera vez por Lubarsch, generalmente son asintomáticos, tienen capacidad de captar precursores de aminas y descarboxilarlos (1). Aunque la mayoría de los carcinoides ocurren en el tracto gastrointestinal, también pueden verse en otras localizaciones como pulmones y bronquios, ovarios, timo, riñón. Los tumores carcinoides son muy heterogéneos con respecto a las características histológicas, endocrinológicas, la

presentación clínica y el comportamiento, incluyendo su potencial metastásico. No hay duda de que la heterogeneidad histológica y endocrinológica de estos tumores, es en parte responsable de su comportamiento clínico diverso (2,3)

El primer carcinoides colónico (CC) fue descrito por Saltykow en 1912. El sitio más común de presentación es el ciego, seguido del colon transverso y el sigmoides. Los CC representan el 2.8% de todos los tumores carcinoides y el 0.3% de los cánceres de colon. La mayoría de los CC son sintomáticos al momento del diagnóstico. Los síntomas pueden ser inespecíficos: masa abdominal, oclusión intestinal, hepatomegalia, pérdida de peso, etc... Muchos se presentan, en el momento del diagnóstico, como enfermedad avanzada con metástasis a distancia.

Los carcinoides rectales (CR) son a menudo hallazgos incidentales durante la rectosigmoidoscopia. Son lesiones relativamente poco

Correspondencias y Separatas:

Dr. Jaime Sánchez S.
Servicio de Cirugía
ION Solca Guayaquil
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



comunes, representan solamente el 1,3% de las neoplasias rectales. La gran mayoría de los pacientes con carcinoides rectales son mayores de 40 años, con un ligero predominio de varones sobre las mujeres (4). De acuerdo a la experiencia de la Clínica Mayo, la incidencia de los CR es de un tumor por cada 2.500 rectosigmoidoscopias. La mayoría de los carcinoides rectales (99%) están situados entre los 4 y 13 cm por arriba de la línea dentada, y por lo tanto son fácilmente diagnosticados mediante tacto rectal y proctoscopia (5). Los síntomas incluyen el sangrado rectal, dolor, tenesmo y prurito. El objetivo del presente trabajo es describir nuestra experiencia con este tipo de lesiones muy poco frecuentes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Pacientes: Describimos a continuación seis pacientes con diagnóstico histológico de tumor carcinoide colorrectal.

Paciente 1: mujer de 55 años, consulta por sangrado rectal de un año de evolución. La valoración endoscópica demuestra una lesión tumoral ulcerada, friable, que sangra con facilidad, localizada a 3 cm del margen anal (MA). El estudio de extensión es negativo, se interviene realizándose resección abdomino perianal. La macroscopía de la pieza extirpada confirma la presencia de un tumor ulcerado, localizado a 2 cm por arriba de la línea dentada. El estudio histopatológico indica que se trata de un tumor carcinoide, que infiltra todas las capas de la pared del recto hasta la grasa perirectal. No hay afectación ganglionar. La paciente está viva, libre de enfermedad, 55 meses después de la intervención.

Paciente 2: mujer de 56 años, consulta por sangrado rectal de varios meses de evolución. El cuadro se acompaña de dolor. El tacto rectal demuestra una tumoración localizada en pared anterior del recto, grande, que se adhiere e involucra la pared posterior de la vagina. La biopsia endoscópica no fue conclusiva, por lo que fue necesario realizar biopsia en quirófano bajo anestesia peridural. Una vez confirmada la existencia de un tumor carcinoide, la paciente se sometió a una exenteración pélvica posterior (resección abdomino perineal con extirpación de útero y vagina). El estudio histopatológico indica que se trata de un tumor carcinoide, que infiltra todas las capas de la pared del recto hasta la pared vaginal extirpada. Los márgenes de resección están libres de tumor. La paciente tiene 8 meses de seguimiento y está libre de enfermedad.

Paciente 3: varón de 39 años, consulta por sangrado rectal, rojo rutilante, de más de un año de evolución. Se acompaña de dolor y discreta pérdida de peso. Durante la exploración endoscópica se detecta una tumoración a 8 cm del MA, ulcerada, friable. El estudio histológico de las biopsias endoscópicas indicó que se trataba de un tumor carcinoide. El paciente se sometió a laparotomía exploradora, durante la cual se encuentra gran tumoración rectal, con gran crecimiento extraluminal que la fija a estructuras vecinas (incluyendo huesos pélvicos) y la hacen inextirpable, no se evidencian metástasis macroscópicas. El paciente está vivo con enfermedad y tiene 4 meses de seguimiento.

Paciente 4: varón de 44 años, con diagnóstico de fistula perianal. Durante el estudio proctoscópico por su problema fistuloso, se detecta una tumoración, pequeña (de 5mm de diámetro), amarillenta, submucosa, que se extirpa en su totalidad con la pinza de biopsia.

El estudio histológico confirma que se trata de un tumor carcinoide. El paciente no recibió ningún tratamiento adicional y los controles endoscópicos posteriores han sido normales. El paciente está libre de enfermedad y tiene 6 meses de seguimiento.

Paciente 5: varón de 41 años, refiere cambios en ritmo evacuatorio desde hace un año, malestar general y pérdida de peso. Se realiza evaluación que incluye ecografía abdominal en la que se evidencia imágenes sugestivas de metástasis hepática. La TAC abdominal y pélvica realizada, confirma la presencia de múltiples lesiones metastásicas y una masa tumoral en colon ascendente. Se practica colonoscopia que informa lesión tumoral, estenosante, en tercio superior de colon ascendente. La biopsia diagnóstica tumor carcinoide. Durante la laparotomía se aprecia gran tumoración de colon ascendente con múltiples metástasis hepáticas. Se realiza ileotransversostomía derivativa y se toman múltiples biopsias. El estudio histopatológico confirmó que se trataba de un tumor carcinoide. El paciente falleció a los 10 meses del diagnóstico.

Paciente 6: mujer de 53 años, ingresa en el servicio de emergencia por cuadro de dolor y distensión abdominal, vómito fecaloideo. En la radiología simple del abdomen se observa gran dilatación de asas del intestino delgado. Con la orientación diagnóstica de oclusión intestinal se interviene y durante la laparotomía se encuentra tumoración oclusiva a nivel de la válvula ileocecal, adicionalmente se observan adenopatías en la raíz del mesentereo. Se realiza hemicolectomía derecha reglada con extirpación de los ganglios afectos. El estudio histológico reporta: tumor carcinoide, que se extiende hasta la capa muscular del intestino. Metástasis de tumor carcinoide en los ganglios extirpados. Un mes más tarde, la paciente presenta un cuadro de colecistitis aguda, durante la laparotomía se encuentra vesícula distendida, de paredes gruesas y empotrada en el hígado, siendo imposible encontrar el plano de separación entre la vesícula y la lodge hepática, razón por la cual se le realiza una colecistectomía en monobloque con el segmento hepático comprometido. El resultado histopatológico informó: colecistitis aguda y la presencia de metástasis de tumor carcinoide en el segmento hepático extirpado junto a la vesícula. La paciente tiene 36 meses de seguimiento y está libre de enfermedad.

Ninguno de los pacientes descritos ha presentado síntomas y/o signos que puedan sugerir síndrome carcinoide. Por esta razón se han considerado como tumores no funcionantes

DISCUSIÓN

La mayoría de los carcinoides de colon son sintomáticos al momento del diagnóstico. Muchos se presentan, como enfermedad avanzada con metástasis a distancia (6). Tienen una tasa de supervivencia baja (20-50%) si los comparamos con carcinoides de otros sitios (7). Debido a su comportamiento agresivo, los carcinoides colónicos, deben ser tratados como los cánceres colorectales. La frecuencia de síndrome carcinoide en los pacientes afectados de carcinoides colónicos es baja (menos del 3%) (6,7).

Los carcinoides rectales (CR) son únicos entre los tumores carcinoides de todo el tracto digestivo, debido a que el diagnóstico preoperatorio puede ser hecho de forma temprana. La accesibilidad del recto a dos simples herramientas diagnósticas: examen digital y endoscópico, lo hacen posible.

Los CR presentan características que permiten su diagnóstico y tratamiento al examen inicial. La mayoría de los carcinoides son descritos como “amarillentos” y submucosos. El apropiado reconocimiento al tacto y la apariencia de estos tumores, permite un diagnóstico y tratamiento correcto (8,9). El tratamiento definitivo es posible en una sola sesión, si el tamaño lo permite. En uno de nuestros pacientes el tratamiento definitivo se realizó en el mismo momento del diagnóstico. En una serie de 94 CR descrita por Jetmore (10) y que recoge la experiencia de la Clínica Oschner desde 1958 hasta 1990, el 57% de los CR fueron tratados en la primera cita de atención al paciente.

El tratamiento de los CR está condicionado, aunque no de forma absoluta, por su tamaño. En tumores asintomáticos, no ulcerados, de menos de 1 cm, la extirpación con la pinza de biopsia y la fulguración amplia de la base de la lesión, se considera suficiente. Para esto, es mejor utilizar el rectosigmoidoscopio rígido ya que tiene un canal mucho más amplio para la pinza de biopsia (que es más grande) y, facilita, de igual manera una mejor fulguración de la base. La recurrencia local podría darse si no se logra una extirpación completa de la lesión, si esto ocurre, la escisión local aún garantiza la curación de la lesión (9,10). Para los tumores más grandes, de 1-2 cm, la escisión local por vía transanal, en quirófano, es la técnica de elección. Esta técnica permite obtener, además, un mejor espécimen para el patólogo. En el momento de la exéresis se debe tener presente obtener márgenes adecuados y hay que prestar especial atención para realizar cortes verticales que comprometan las capas profundas y garanticen una extirpación completa de la lesión. Las piezas extirpadas deben ser incluidas en su totalidad para el estudio histopatológico. Se pondrá especial énfasis en la búsqueda de invasión de la capa muscular (9,11)

En los tumores de más de 2 cm, la realización de un procedimiento de cirugía mayor es mandatorio. Según la localización del tumor – recto alto medio o bajo- se puede realizar una resección anterior (para los tumores del recto medio o alto) o una resección abdominoperineal (para los tumores de recto bajo).

Ningún criterio simple más que la presencia de metástasis ha permitido predecir el comportamiento de este enigmático tumor. El tamaño es el más usado y realmente predice el comportamiento en tumores de menos de 1 cm (que casi nunca metastatizan) y más de 2 cm (que casi siempre ya tienen metástasis cuando se diagnostican) Para los tumores de entre 1 – 2 cm, el comportamiento es difícil de predecir.

Varios estudios han reconocido una relación significativa entre el tamaño de la lesión y la probabilidad de la diseminación metastásica (3,5,9,12,13). En tumores de 1 cm o menos, la posibilidad de metástasis es de 3%, en los tumores de 1 a 1,9 cm, es de 11% y para los tumores mayores de 2 cm, 74%. Naunheim et al identificaron la invasión de la *muscularis propia* como un factor pronóstico adicional que ayuda a predecir el comportamiento agresivo del tumor. Para los tumores de tamaño intermedio (1-1,9 cm) este autor reportó que el 46% de las lesiones con invasión de la capa muscular dieron metástasis (14). Si no hay metástasis, una supervivencia del 92% a los cinco años es lo esperado. Si los ganglios están afectados, 44%. Y en caso de metástasis a distancia, la supervivencia baja a un 7% (7)

La presencia de síntomas es un signo ominoso. Sauven demostró una reducción significativa de la sobrevida entre los pacientes sintomáticos y asintomáticos de su serie (11). La afectación mucosa, manifiesta como ulceración central o umbilicación, es también una característica de mal pronóstico. La presencia de ulceración mucosa en los tumores fue acompañada siempre de metástasis en la serie de la Oschner Clinic (9). Cualquier tumor carcinóide, a pesar de su tamaño, debe ser considerado peligroso si el paciente tiene síntomas atribuibles al tumor. Todos los tumores carcinoides son tumores malignos y los pacientes deben ser informados de ello.

Hasta el momento, la cirugía es la única alternativa de curación para los pacientes afectados de carcinoides rectales. La quimioterapia y la radioterapia tienen muy poco o ningún efecto sobre este tipo de tumor.

Bibliografía:

1. Lubarsch O. Ueber den primären Krebs des Ileum, nebst Bemerkungen über das gleichzeitige Vorkommen von Krebs und Tuberculose. Virchows Arch 1888; 111:280-317. Citado por : Neary P, Redmond P, Houghton T, Gordon W, Bouchier-Hayes D. Carcinoid disease. Dis Colon Rectum 1997; 40:349-62.
2. Modlin I, Sandor A. An analysis of 8305 cases of carcinoid tumors. Cancer 1997; 79:813-829
3. Koura A, Giacco G, Curley S, Skibber J, Feig B, Ellis E. Carcinoid tumors of the rectum: Effect of size, histopathology, and surgical treatment on metastasis free survival. Cancer 1997; 79:1294-1298
4. Soga J. Carcinoids of the rectum: An evaluation of 1271 reported cases. Surgery Today 1997; 27:112-119
5. Caldarola V, Jackman R, Moertel C, Dockerty M. Carcinoid tumors of the rectum. Am J Surg 1964; 107:844-7
6. Spread C, Berkel H, Jewell L, Jenkins H, Yakimets W. Colon carcinoid tumors: a population based study. Dis Colon Rectum 1994; 37:482-91
7. Godwing JD. Carcinoid tumors: an análisis of 2837 cases. Cancer 1975; 36:560-9
8. Memon M, Nelson H. Gastrointestinal Carcinoid Tumors. Dis Colon Rectum 1997; 40:1101-18
9. Burke M, Shepherd N, Mann C. carcinoids tumors of the rectum and anus. Br J Surg 1987; 74:358-61
10. Jetmore A, Ray J, Gathright B, McMullen K, Hicks T, Timmcke A. Rectal Carcinoids: the most frequent carcinoid tumor. Dis Colon Rectum 1992; 35:717-25



11. Higaki S, Nishiaki M, Mitani N, Yanai H, Tada M, Okita K. Effectiveness of local endoscopic resection of rectal carcinoid tumors. *Endoscopy* 1997; 29:171-175
12. Sauven P, Rdge J, Quan S, Sigurdson E. Anorectal carcinoid tumors: is aggressive surgery warranted? *Ann Surg* 1990; 211:67-71
13. Morgan J, Marks C, Hearn D. carcinoid tumors of the gastrointestinal tract. *Ann Surg* 1974; 180:720-7
14. Naunheim K, Zeitels J, Kaplan E. Rectal carcinoid tumors treatment and prognosis. *Surgery* 1983; 94:670-6

Del Editor

CHEQUEO PARA LOS AUTORES, PREVIO A LA ENTREGA DE TRABAJOS

- Se requieren el original y 2 copias del manuscrito y de las ilustraciones.
- El manuscrito debe estar escrito a doble espacio.
- El último debe ser conciso y corto.
- El abstracto tendrá un máximo de 500 palabras en el caso de artículos originales, y de 100, en los reportes de casos.
- Debe incluirse la versión en inglés del abstracto.
- Especificar la filiación institucional de cada autor, incluyendo el nombre completo del autor o autores, dirección, teléfono, fax o dirección de correo electrónico.
- Cada ilustración debe estar en una página separada en la que debe indicarse (en el borde superior), el nombre del primer autor, el título del trabajo y el número del orden que le corresponde.
- Debe enviarse el certificado de exclusividad y de no tener conflicto de interés financiero relacionado al trabajo, firmado por todos los autores.
- Para la publicación del manuscrito en la revista, es indispensable el certificado de cesión de los derechos de autor.

Del Editor

INVITACIÓN A MANUSCRITOS

La revista "ONCOLOGÍA" está dirigida a médicos afines al manejo de pacientes oncológicos. Se invita a los médicos a enviar artículos originales e inéditos que presenten conocimiento nuevo y relevante en el área de la Oncología. el editor estará gustoso de conversar con autores potenciales sobre tópicos o artículos a ser enviados para su publicación. Los manuscritos se aceptan en español (con abstracto en inglés) o en inglés. Las instrucciones para el autor aparecen en los números de junio y diciembre de cada año o pueden ser solicitadas por escrito al editor.

Dirija la correspondencia a:
Editor, Revista "ONCOLOGÍA"
Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" ION-SOLCA
Avda. Pedro J. Menéndez Gilbert (junto a la ciudadela La Atarazana)
Apt. Postal No. 5255 / ó 3623
Guayaquil - Ecuador

Teléfono: 2288-088 Fax: (593-4) 2293-366 / 2287 - 151
Correo electrónico: solca y jasanchez@msn.com

