

Tumor Carcinoide atipico. Manejo conservador con radiaciones

* Dra. Carmen Mendoza Narea

** Dra. Elizabeth Véliz (2)

* Médico Oncólogo- radioterapeuta, Hospital Solca – Guayaquil

** Posgradista de cirugía general, Hospital SOLCA - Guayaquil

Abstracto

El tumor carcinoide atípico es poco común mucho más si se presenta en el tejido pulmonar.

Presentamos el caso de una paciente femenina de 23 años que consultó por hemoptisis y dolor torácico izquierdo, que en las evaluaciones iniciales fue negativo para enfermedad maligna (paaf Negativa), por lo que al año fue sometida a una broncoscopia, misma que fue positiva para tumor neuroendócrino, por lo que fue sometida a una toracotomía con neumonectomía total, y luego tratamiento con radioterapia. Al momento se encuentra libre de enfermedad y con controles desde hace 2 años. Analizamos las características de la enfermedad así como las complicaciones del tratamiento con terapia radiante en el pulmón.

INTRODUCCION

El daño agudo por la radiación se manifiesta como neumonitis. Se presenta

2 meses posterior al tratamiento radiante con daño alveolar difuso más exudado proteináceo en espacios alveolares. Lo que conlleva a la consolidación del parénquima con pérdida de volumen.

La forma crónica de daño pulmonar es la fibrosis por radiación que se presenta 6 a 9 meses posterior al tratamiento con fibrosis parenquimatosa lo que lleva a la pérdida severa del volumen pulmonar.(1)

CASO CLINICO

Femenina de 23 años viene (7/1/2003) por presentar esputo hemoptico, dolor torácico izquierdo posterior, astenia de 3 meses de evolución. Trae Radiografías de tórax (16/11/2001) (Fig 1).

- Tac de tórax : nódulo pulmonar lóbulo inf. Izq.(Fig 2)
- Fibrobroncoscopia: masa pulmonar vs malformación arteriovenosa.
- Punción con aguja fina (1/02/2003): negativo.
- Lobectomía superior izquierda (3/02/2003): negativo para malignidad.

Correspondencias y Separatas:

Dra. Mariana Mendoza N.
Departamento de Radioterapia
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

Abstract

Carcinoid atipic tumor is not common in lung.

We present the case of a patient female 23 years old, that she consults by hemoptysis and left thoracic pain, that it was negative in the initial evaluations for malignance disease (negative FNPA), but, because she presented highly suspicious lung nodule, she was subjected to toracotomy exploradora and superior lobectomy, being the negative result for cancer. One year later, she was subjected to a bronchoscopy, same that was positive for tumor neuroendocrine, being carried out total pneumonectomy, then treatment with radiotherapy. To the moment she is free of illness for 2 years. We analyze the characteristics of the illness as well as the implications of the treatment with radiant therapy in the lung.

- Tac de tórax (1/03/2003) masa pulmonar izquierda (Fig 2)
- PAF (31/1/2003) negativo para malignidad.
- Broncoscopia (02/2003) : carcinoma neuroendócrino de grado intermedio.
Queratina, cromogranina (+)
- Toracotomía izq. antero lateral amplia (4/4/2003): Lobectomía izquierda 14.7 x 9.8 x 6 cms. Resección de 7ma costilla.
- Resultado histopatológico: **Carcinoma neuroendocrino atípico en bronquio principal, borde quirúrgico de hilio y pleura visceral infiltrado.**

Figura 1: Radiografías seriadas de tórax

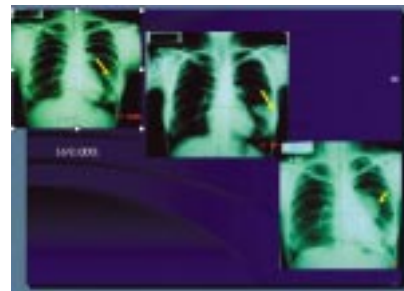
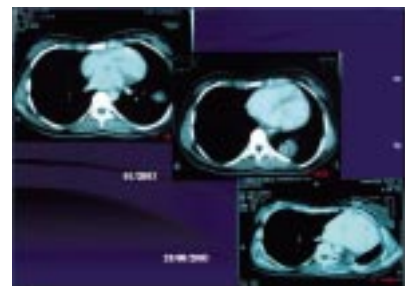


Figura 2: Tac de tórax seriado



El Tumor carcinoide atípico es la forma intermedia entre un tumor maligno típico de bajo grado y un tumor maligno de células pequeñas de alto grado (2).

Aspectos histológicos y clínicos que lo diferencian de un Tumor carcinoide típico (3,4)

	C.típico	C.atípico
Necrosis	No	Sí
Pleomorfismo nuclear	No/mínimo	Sí
Mets en G. linfáticos.	5 -15%	40-48%
Mets a distancia	Raras	20%
•SV libre de enfermedad 5 a.	100	69%
•SV libre de enfermedad 10 a.	87	52%

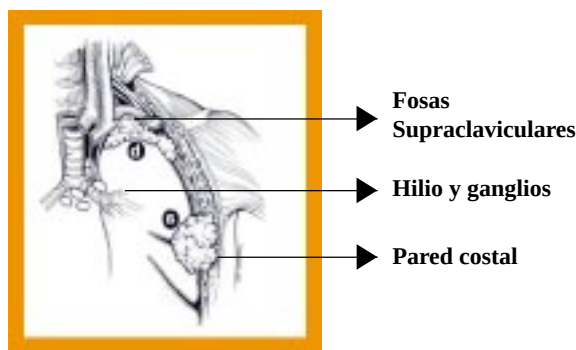
Debido a su comportamiento agresivo lo indicado es la resección quirúrgica Radical (5).

La quimioterapia adyuvante esta indicada en los estadios III o en metástasis a distancia (2)..

La sobrevida a 10 años es del 49% (2).

Debido a la alta probabilidad de recurrencia local especialmente en aquellos con compromiso de ganglios regionales (10%) (6,7), la radioterapia está indicada. Esta mejora la sobrevida (+/- 3 años) y reduce la falla locoregional. Está indicada en forma posoperatoria y en casos de resección incompleta, residuo tumoral microscópico, estadios III y en resecciones ampliadas T3-4. La dosis a nivel de mediastino es de 5000 cGy (7).

Figura 3: Campos tradicionales con radioterapia para carcinoma pulmonar estadio III



Se decide en comité de tumores realizar manejo conservador con radioterapia (lecho tumoral + ganglios parahiliar bilateral) + uso de radioprotectores (Aminofostine), debido al mal pronóstico y en favor de mejorar calidad de vida de la paciente, ya que se trata de una paciente joven.

Se realizó radioterapia en 2 tiempos:

1er tiempo: Dosis 4000 cGy.

(lecho tumoral + ganglios parahiliares bilaterales)

- Simulación con Tac.
- Campos: anterior-posterior (Fig 5)

- Equipo: Mevatrón
- Energía: 6 MV
- Posición: Decúbito dorsal
- Haz: isocéntrico
- DFP: 91.2 /91.2
- Tamaño de campo: 9x8 cms (Fig 4)
- Giro de brazo: 0° - 180°
- Bandeja: # 7 - # 11
- Dosis: 100 / 100
- 5 sesiones por semana
- 28/ 05/2003 – 25/06/03

Figura 4. Topograma torácico. Tamaño de campo de 9x 8 cms. 1era parte del tratamiento. Dosis 4000 cGy.

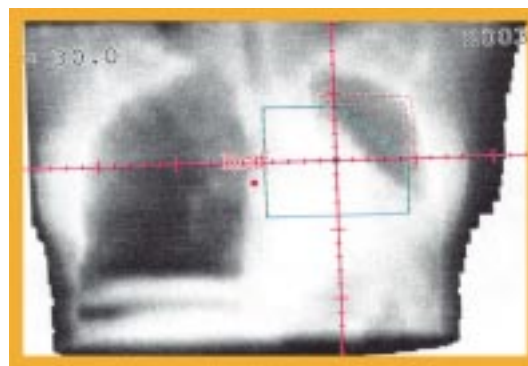
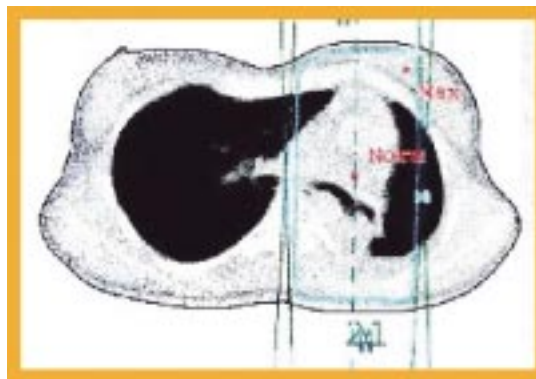


Figura 5. Corte sagital de región torácica. Campo anterior y posterior. Isodosis 98%.



1er tiempo: Dosis 1000 cGy.

(Boost lecho tumoral)

Simulación con Tac

- Campos: oblicuo anterior-oblicuo posterior (Fig. 7)
- Equipo: Mevatrón
- Energía: 6 MV
- Posición: Decúbito dorsal
- Haz: isocéntrico
- DFP: 90.9 /90.3
- Tamaño de campo: 6.2 x8 cms (Fig 6)
- Giro de brazo: 332° - 139°
- Dosis: 100 / 100
- 5 sesiones por semana
- 07/ 07/2003 – 11/07/03

Figura 6. Topograma torácico. Tamaño de campo de 6.2x 8 cms. 2da parte del tratamiento. Dosis 1000 cGy.

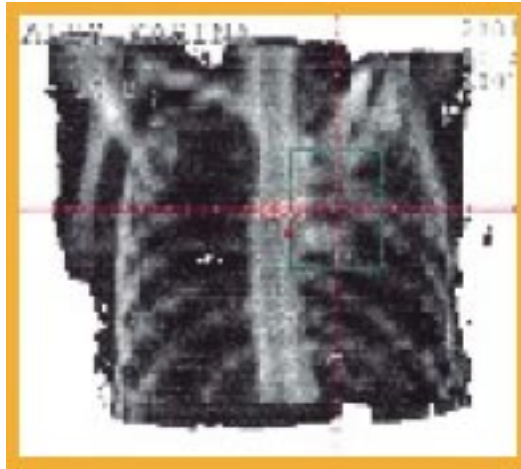
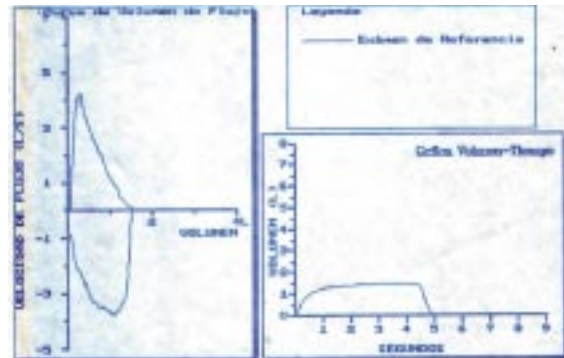


Figura 7. Corte sagital de región torácica. Campo oblicuo anterior y oblicuo posterior. Isodosis 98%.



Se realiza estudio de Espirometría posterior al tratamiento (22/07/2003) (Fig. 8). Esta se utiliza en el seguimiento y control terapéutico y se modifica en caso de complicaciones sobreañadidas. En el caso de la paciente el estudio demuestra restricción moderada.

Figura 8. Espirometría posterior al tratamiento (22/07/2003). Restricción moderada



CONCLUSIONES

- El carcinoma neuroendocrino atípico es un tumor de alto grado de malignidad con pobre pronóstico.
- A pesar de resección quirúrgica agresiva y terapia multimodal todos desarrollan enfermedad metastásica de curso rápido y fatal.
- Por ser un tumor de rara presentación, la incidencia, pronóstico y tratamiento óptimo aún no han sido determinados (8)
- Para definir volumen tumoral y reducir las complicaciones propias del tratamiento (neumonitis y posterior fibrosis) se debe realizar una planeación tridimensional, el mismo nos permite realizar histograma dosis – volumen y conocer en porcentaje la cantidad pulmonar a irradiar (9).
- Definir volumen tumoral con técnica conformacional (9)
- Incluir tumor residual y ganglios próximos (10)
- Utilizar radioprotectores como el amifostine que nos permite mayor tolerabilidad (11,12).

Bibliografía:

1. **Tumores del pulmón.** Google www.eco.uncor.edu/docentes/bender/carcbr1.gif
2. Carcinoid Tumors of the Lung: Do Atypical Features Require Aggressive Management? **Charles-Henri Marty-Ané, MD, Valérie Costes, MD, Jean-Louis Pujol, MD, Michel Alauzen, MD, Pierre Baldet, MD, Henri Mary, MD.** *Ann Thorac Surg* 1995;59:78-83.
3. **Tumores neuroendócrinos pulmonares.** Dr. F. Ignacio Aranda. Noviembre de 1998. II congreso virtual de anatomía patológica
4. **The Surgical Spectrum of Pulmonary Neuroendocrine Neoplasms.** William A. Cooper, MD; Vinod H. Thourani, MD; Anthony A. Gal, MD, FCCP; Robert B. Lee, MD; Kamal A. Mansour, MD and Joseph I. Miller, MD, FCCP. *Chest*.2001;119:14-18.
5. **Typical and Atypical Pulmonary Carcinoids*. Outcome in Patients Presenting With Regional Lymph Node Involvement** Charles F. Thomas, Jr., MD; Henry D. Tazelaar, MD, FCCP and James R. Jett, MD, FCCP. *Chest*. 2001;119:1143-1150
6. **Typical and Atypical Pulmonary Carcinoids* Outcome in Patients Presenting With Regional Lymph Node Involvement.** Charles F. Thomas, Jr., MD; Henry D. Tazelaar, MD, FCCP and James R. Jett, MD, FCCP
7. **Principle and practice of radiation oncology.** Carlos Perez and col. Third Edition. Lung cancer. Chapter 46

8. **Pulmonary large-cell neuroendocrine carcinoma (LCNEC).** Hage R, Seldenrijk K, de Bruin P, van Swieten H, van den Bosch J. Eur J Cardiothorac Surg 2003 Apr 23:457-60
9. **Planeación tridimensional en cáncer de pulmón.** Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao. 2003 Mar 23:269-70
10. **Tumor residual y ganglios.** ABC do Corpo. Salutarhttp://www.abcdocorposalutar.com.br.
11. **Radioprotectores –Amifostine** Int J Radiat Oncol Biol Phys 56:106-13Eur J Cardiothorac Surg 2003 Apr 23:457-60-70
12. **The relationship between local dose and loss of function for irradiated lung.** Gopal R, Tucker SL, Komaki R, Liao Z, Forster KM, Stevens C, Kelly JF, Starkschall G Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003 May 56:106-13



Instituto Oncológico Nacional
"Juan Tanca Marengo"
GUAYAQUIL

Instituto Oncológico
"Solón Espinoza"
QUITO

Instituto del Cáncer
SOLCA - CUENCA

Instituto Oncológico
"Dr. Julio Villacreses
Colmont"
PORTOVIEJO

Unidad Oncológica
Provincial
MACHALA

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER

I CONGRESO NACIONAL DE ONCOLOGÍA

15 al 18 de Noviembre del 2005

- Cáncer de Estómago, Mama, Cérvix y Próstata
- Experiencia de los Hospitales nacionales
- Conferencias Especiales:

Dr. Aldo Scarpa
Dr. Giovanni de Manzoni
Dra. Katty Glazebrook
Dr. Thomas Fahey
Dr. Carlos Bermejo
Dra. Ma. Isabel Alvarado
Dr. Luis Souhami
Dr. Lorenzo Balagueró

Universidad Verona-Italia
Universidad Verona-Italia
Clínica Mayo-USA
Memorial Kattering Cancer Center USA
Universidad de Texas-USA
Hospital Oncologico Siglo XX1-Mexico
Mc. Gill University Health Center-Canadá
Hospital universitario Bellvitge-España

AVAL - ACADEMICO

- Universidad Estatal de Cuenca
- Universidad del Azuay

DURACIÓN: 32 HORAS

Lugar: Auditorio del Instituto del Cáncer SOLCA Calle Agustín
Landívar y Avda. El Paraíso.