REPORTE DE CASO / CASE REPORT

Tumor carcinoide gástrico: reporte de un caso en el Servicio de Oncología Clínica del Instituto de Previsión Social (IPS)

Gastric carcinoid tumor: a case report from the Clinical Oncology Service of the Instituto de Previsión Social (IPS)

Virginia Enciso Zacaria¹, María Rita Pereira¹, Blas Antonio Romero Dure², Bo Sung Kim¹, Eva Lezcano³, Laura Raquel Cantero^{1,4}

¹ Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Oncología Clínica, Asunción, Paraguay

² Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Anatomía Patológica, Asunción, Paraguay

³ Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Departamento de Oncología Clínica, Asunción, Paraguay

⁴ Universidad Católica “Nuestra Señora de la Asunción”, Posgrado de Especialidades Médicas, Asunción, Paraguay

Correspondencia: Virginia Enciso Zacaria, **Correo electrónico:** vienciso89@gmail.com

Responsable editorial: Miriam Espinola-Canata

Cómo referenciar este artículo: Enciso Zacaria V, Pereira MR, Romero Dure BA, Bo Sung Kim, Lezcano E, Cantero R. Tumor carcinoide gástrico: reporte de un caso en el Servicio de Oncología Clínica del Instituto de Previsión Social (IPS). Rev. salud publica Parag. 2020; 10(2): 67-70

Recibido el 10 de mayo del 2020, aprobado para publicación el 19 de agosto del 2020

RESUMEN

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (NET) son tumores compuestos por un grupo heterogéneo de neoplasias, diagnosticados con baja incidencia en nuestro medio. La gran mayoría corresponde a origen gastrointestinal, seguido por la localización pulmonar. Dentro de los tumores neuroendocrinos se hallan los tumores carcinoide; cuya presentación a nivel gástrico es de un 2 %.

Presentación del caso: Se presenta un caso de tumor carcinoide gástrico con síntomas típicos diagnosticado y tratado en el HC-IPS; la tomografía, la endoscopia digestiva alta con toma de biopsia determinó la localización, morfología y la histología de esta enfermedad. Se confirmó con la positividad de cromogranina A y sinaptofisina en el estudio inmunohistoquímico. El tratamiento incluyó la resección del tumor y administración de octreotide desde hace 8 meses, con buena evolución, en seguimiento por equipo multidisciplinario complejo.

Conclusión: Los tumores neuroendocrinos constituyen una entidad oncológica de difícil diagnóstico por la complejidad de los signos y síntomas que se enmascaran tras los tumores epiteliales gástricos, siendo la inmunohistoquímica el pilar principal para el diagnóstico.

Palabras clave: Carcinoma neuroendocrino; Tumor carcinoide; Paraguay.

ABSTRACT

Introduction: Neuroendocrine tumors (NET) are tumors composed by a heterogeneous group of neoplasms with low diagnosis incidence in our setting. The vast majority correspond to gastrointestinal origin, followed by those of lung location. Among neuroendocrine tumors are carcinoid tumors; whose

presentation at gastric level is 2%.

Case presentation: Is a case of gastric carcinoid tumor with typical symptoms diagnosed and treated in the HC-IPS; CT scan and upper digestive endoscopy with biopsy determined the location, morphology and histology of this disease. It was confirmed with chromogranin A positivity and synaptophysin in the immunohistochemical study. Treatment included resection of the tumor and octreotide administration for 8 months, with good evolution in follow-up by a complex multidisciplinary team.

Conclusion: Neuroendocrine tumors are an oncological entity that is difficult to diagnose due to the complexity of the signs and symptoms that are masked by gastric epithelial tumors, with immunohistochemistry being the main pillar for diagnosis.

Keywords: Neuroendocrine carcinoma; Carcinoid tumor; Paraguay.

INTRODUCCIÓN

En los últimos 10 años en el Servicio de Oncología del Hospital Central del IPS fueron diagnosticados y tratados aproximadamente 8 casos de tumor carcinoide gástrico.

En Paraguay, en el periodo 2010 a 2014, el adenocarcinoma gástrico constituyó la cuarta causa de mortalidad por cáncer en hombres, que representa el 7.7%, mientras que en las mujeres es la séptima causa de mortalidad llegando a 4.7%, según datos disponibles en la página web de Dirección de Enfermedades no transmisibles de la Dirección General de Vigilancia de Salud⁽¹⁾, luego ya no se ha hecho ningún reporte. El tumor carcinoide corresponde a <1% de los tumores gástricos a nivel mundial, y lo mismo se refleja en Paraguay⁽²⁾.

Se logró distinguir un tumor carcinoide de un

adenocarcinoma en 1888, en el análisis descrito por Lubarsch; antes no se conseguía discernir con precisión la histología en informes previos realizados según reportes publicados⁽³⁾.

Estos tumores son de crecimiento lento, pudiendo ser funcionantes y no funcionantes⁽⁴⁾. La manifestación clínica depende del tamaño tumoral, grado de invasión, localización, funcionalidad y tiempo de evolución⁽²⁾. A veces el hallazgo del tumor ocurre durante una cirugía o los mismos síntomas pueden descubrirse durante la inducción anestésica⁽⁵⁾.

Es característico en su forma sintomática el desarrollo del síndrome carcinoide conformada de diarrea, palpitaciones, sofoco, enrojecimiento facial, dolor abdominal intermitente y otros síntomas, hipotensión arterial y sibilancias⁽⁶⁾. Se designa que la producción de serotonina está relacionada con los síntomas⁽²⁾.

En ocasiones los síntomas se producen por el esfuerzo físico, por consumir productos ricos en tiramina como los quesos azules, vino o chocolate. Algunos medicamentos exacerban los síntomas^(7,8).

El diagnóstico se efectúa por endoscopia digestiva, no presenta rasgos característicos, pero puede tener aspecto similar al de una úlcera, masa o pólipos⁽³⁾.

Los exámenes que ayudan al diagnóstico son: búsqueda de niveles de serotonina en sangre, determinación de Niveles de A5HIA en la orina, TAC RMN y el "octreoScan" (para identificar la mayoría de los carcinoides y otros tumores neuroendocrinos), siendo la inmunohistoquímica el patrón de oro para confirmar el diagnóstico con la positividad de los marcadores Cromogranina A y Sinaptofisina⁽⁹⁾.

El pronóstico varía si los tumores carcinoides cursan con o sin síndrome carcinoide, además la probabilidad de un segundo tumor primario aumenta en aquellos que presentan el síndrome carcinoide. La tasa de supervivencia disminuye si hay enfermedad metastásica⁽¹⁰⁾.

diferenciado.

Inmunohistoquímica (abril del 2019): tumor neuroendocrino Grado I. Cromogranina A, CD 56 y Sinaptofisina retornan positivas. El índice de proliferación ki 67 es menor al 2%.

Ecocardiografía (junio del 2019): FE:48 %. Hipertrofia ventricular izquierda, leve aquinesia latero-apical y antero-apical. Disfunción diastólica tipo I. VCI inspiratorio mayor al 50%.

En agosto de 2019 se realiza gastrectomía total con reconstrucción en Y de Roux, vaciamiento ganglionar D2. Anatomía patológica informa: NET bien diferenciado del cuerpo de estómago. Infiltra submucosa, menos de 2 mitosis por campo, no invasión vascular ni perineural. Márgenes libres. Ganglios 0/22.

TAC contrastada de cráneo, tórax, abdomen y pelvis (octubre del 2019): adenomegalias de hasta 11.3 mm en axila derecha y en la izquierda se visualizan linfonodos de hasta 10.4 mm. No evidencia de secundarismo encefálico, pulmonar, hepático ni óseo. Diagnóstico definitivo: Tumor carcinoide gástrico Grado I; pT1, pN0, pM0, cM0, R0.

Tratamiento de mantenimiento: Octreotide 20 mg I.M cada 28 días desde hace 8 meses con buena tolerancia sin evidencia de progresión de la enfermedad.

En las figuras 1-4 se presentan las imágenes anatomopatológicas de mucosa gástrica y ganglio linfático.

Figura 1. (HE 20x) Pared gástrica con tumor nodular en submucosa y patrón de crecimiento expansivo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 63 años con antecedente de enfermedad de Hansen, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento; colecistectomizado 5 años antes por litiasis vesicular. En julio del 2019, consulta por disminución del apetito, saciedad precoz, sin náuseas ni vómitos de más de 1 año de evolución, con pérdida de peso (14 kg) en un mes y medio, dolor abdominal intermitente con cambios en el hábito defecatorio (más diarrea que constipación) y enrojecimiento facial.

Endoscopia digestiva alta (agosto 2018): mucosa del cuerpo gástrico proximal y fondo congestivo con lesiones elevadas entre 5 y 8 mm. Se toma biopsia que informa proliferación neoplásica, con escasa mitosis. Compatible con tumor neuroendocrino bien

Figura 2. (HE 60x) Trabéculas de células neoplásicas uniformes, escaso citoplasma, núcleos redondos con cromatina dispersa.

Figura 3. (HE 40x) Mucosa gástrica antral, focos de metaplasia intestinal con displasia de bajo grado.

Figura 4. (HE 40x) Ganglio linfático celíaco hiperplásico con numerosos histiocitos espumosos.

DISCUSIÓN

El tumor carcinoide gástrico, es una neoplasia rara y tiene un comportamiento distinto al adenocarcinoma gástrico; provienen de las células enterocromafínicas que se hallan en el fundus y cuerpo gástrico(8,11). Estas son las encargadas de producir histamina, estimulan la secreción de gastrina y del ácido clorhídrico en el estómago; en este tumor se describe una producción excesiva de la serotonina, sus metabolitos y otras sustancias como la somatostatina, provocando síntomas y signos conocidos como síndrome carcinoide, aunque también puede ser asintomático. Más raramente se ven estos síntomas en otros tumores de origen gástrico y son menos agresivos, como lo es en este caso, sin embargo, cabe resaltar que nuestro paciente presentó los síntomas típicos observados como en otros casos reportados(2). Existen 3 tipos de tumores carcinoide gástricos:

El tipo I: es el más común, productora de hipergastrinemia, asociada frecuentemente a pólipos y gastritis atrófica crónica. Son casi siempre benignos. Puede plantearse una polipectomía endoscópica, en caso de cirugía gástrica debe realizarse una antrectomía para eliminar la hipergastrinemia y el estímulo del crecimiento celular(12,13), lo cual se correlaciona con este caso mencionado, la opción quirúrgica fue considerada para cumplir con el propósito referido realizándose la gastrectomía total. Se descartó tumor carcinoide tipo II y III por no cumplir con los criterios de ser portador del síndrome MEN 1. Tampoco presentó por endoscopia el hallazgo de úlceras con antecedente de resistencia al tratamiento convencional como ocurre en caso del síndrome de Zollinger Ellison(14, 15).

Según el grado, estos tumores bien diferenciados pueden ser de bajo grado, grado intermedio y alto grado(9) siendo los de bajo grado los más comunes, con índice mitótico $<2/10$ hpf (campo de alta potencia), índice de proliferación ki 67 $<3\%$ similar a nuestro reporte.

En general, tanto en los tumores de bajo grado e intermedio el tratamiento estándar es la cirugía(15) y el uso de análogos de la somatostatina para controlar los síntomas(16,17), mientras que en el tumor de alto grado o pobremente diferenciado la indicación terapéutica es la cirugía y quimioterapia(17). Por ende, en este caso el tratamiento fue quirúrgico y octreotide para controlar los síntomas carcinoides. Además, la colecistectomía es recomendada cuando se pretende usar de forma prolongada el octreotide por riesgo frecuente de colelitiasis(2), hacemos mención que el paciente ya había sido colecistectomizado 5 años antes por litiasis vesicular.

En muy bajo porcentaje se observa enfermedad carcinoide cardiaca es este tumor(18), esto fue descartado en el paciente ya que sus alteraciones ecocardiográficas se relacionan a sus otras patologías de base.

CONCLUSIÓN

Los tumores neuroendocrinos constituyen una entidad oncológica de difícil diagnóstico por la complejidad de los signos y síntomas que se enmascaran tras los tumores epiteliales gástricos, siendo la inmunohistoquímica el pilar principal para el diagnóstico.

Es importante identificar los síntomas que conforman el síndrome carcinoide maligno para tratarlo adecuadamente y evitar las complicaciones.

Para evitar un tratamiento agresivo se requiere individualizar la terapia según el tipo y grado histológico del tumor carcinoide.

Conflicto de interés: El autor declara la no existencia de conflicto de intereses.

Financiación: Fondos propios del autor.

Contribuciones: EV, PMR, RDB, BSK, LECR recolectaron la información, condujeron, y analizaron la base de datos. LCR y EV redactaron el manuscrito. Revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RSP y/o del INS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atlas de mortalidad por Cáncer en Paraguay 2010-2014. Dirección general de vigilancia de la salud Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay. Disponible en: file:///C:/Users/user/Downloads/AtlasMortalidad_2017.pdf
2. Devita V.T, Theodore S.L, Rosenberg S.A. Principios y práctica de oncología. 2017;86: 1218-1226.
3. Blasco M, Boselli F, Blasco C. Tumor carcinoide: a propósito de dos casos clínicos. Rev Gastroenterol Perú. 2016;36(3):269-274.
4. Grozinsky-Glasberg S, Alexandraki K, Angelousie A, et al. Appendiceal Neuroendocrine Neoplasms: Diagnosis and Management. 2016 Jan;23(1): R27-41.
5. Dias A, Azevedo B, Alban L, et al. Gastric neuroendocrine tumor: review and update. Arg Bras Cir Dig. 2017; 30(2): 150-154. Disponible en: <http://doi.org/10.1590/0102-6720201700020016>.
6. Miranda G, Luna L. Tumor neuroendocrino ileal con síndrome carcinoide, patología de difícil diagnóstico y pronóstico variable. An. Fac. med. vol.76 No.2 Lima abril a junio. 2015.
7. Mondragon J, Uribe JC. Síndrome carcinoide. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII 2016 ;(618) 59-63.
8. Waldum H, Qvistead G, Fossmark R, et al. Does long-term profound inhibition of gastric acid secretion increase the risk of ECL cell-derived tumors in man? Scand J Gastroenterol. 2016;51(7): 767-773. Disponible en <http://doi.org/10.3109/00365521.2016.1143527>.
9. Tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos. SEOM, escrito el 21 de enero del 2020. Disponible en <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/tumor-neuroendocrino?start=5>
10. Dasari A, Shen C, Halperin D, et al. Trends in the Incidence, Prevalence, and Survival Outcomes in Patients With Neuroendocrine Tumors in the United States. JAMA Oncol 2017; 3:1335.
11. Boyce M, Moore A, Sagatun L, Parsons B, et al. Netazepide, a gastrin/cholecystokinin-2 receptor antagonist, can eradicate gastric neuroendocrine tumours in patients with autoimmune chronic atrophic gastritis. Br J Clin Pharmaol. 2017;83(3):446-475. Disponible en <http://doi.org/10.1111/bcp.13146>
12. Jenny H, Ogando P, Fujitani K, et al. Laparoscopic antrectomy: a safe and definitive treatment in managing type 1 gastric carcinoids. Am J surg. 2016;211(4):778-782. Disponible en <http://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2015.08.040>
13. Massironi S, Zilli A, Fanetti I, et al. Intermittent treatment of recurrent type 1 gastric carcinoids somatostatin analogues in patients with chronic autoimmune atrophic gastritis. Dig Liver Di. 2015; 47(11): 978-783. Disponible en <http://doi.org/10.1016/j.dld.2015.07.155>.
14. Sato Y, Hashimoto S, Mizuno K, et al. Management of gastric and duodenal neuroendocrine tumors. World J Gastroenterol. 2016;22(30):6817-6828.
15. Coriat R, Walter T, Terris B, et al. Gastroenteropancreatic Well-Differentiated Grade 3 Neuroendocrine Tumors: Review and Position Statement. Oncologist 2016; 21:1191.
16. Lau SC, Abdel-Rahman O, Cheung W. Improved survival with higher doses of octreotide long-acting release in gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors. Med Oncol. 2018;35(9):123. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s12032-018-1189-1>
17. Corey B, Chen H. Neuroendocrine tumors of the stomach. Surg Clin N Am. 2017; 97(2): 333-343. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.suc.2016.11.008>.
18. AR, Davar J, Caplin ME. Carcinoid heart disease: A review. Endocrinol Metab Clin North Am. 2018 Sep; 47(3): 671-682. Disponible en: