



www.elsevier.es/cirugia

P-592 - Obstrucción intestinal por reacción desmoplásica de carcinoide ileal

M. di Martín, E. Martín-Pérez, J.L. Muñoz de Nova, M.M. Achalandabaso Boira, I. Alonso Diego, Á. Valdés de Anca, C. Marín Campos y F. Díaz Rojas

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: La obstrucción intestinal por carcinoide intestinal representa una rara causa de obstrucción mecánica, que se detecta en el 6-20% de los casos de tumores carcinoides. La reacción fibrosa local producida por el tumor puede provocar desde alteraciones segmentarias de la motilidad hasta obstrucción e isquemia intestinal. Presentamos un caso de obstrucción intestinal por reacción desmoplásica de carcinoide ileal intestinal.

Caso clínico: Varón de 77 años que acude a urgencias por dolor abdominal difuso, distensión abdominal y vómitos que se han asociado a pérdida de peso y astenia generalizada en los últimos meses. Exploración: abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial en hipo-mesogastrio. En la analítica destaca únicamente un lactato de 1,9 mmol/L. La tomografía computarizada (TC) abdominal muestra un nódulo mesentérico calcificado de 20 × 27 mm, con imágenes lineales de aumento de densidad que se irradian hacia el mesenterio, compatibles con signo del peine, retracción del mesenterio y dilatación de asas proximales. No se objetivan lesiones en pared intestinal. En la exploración quirúrgica se aprecia una tumoración en mesenterio de íleon distal con dos implantes que engloban asas de íleon. Se realiza resección en bloque de íleon y del mesenterio afecto. La anatomía patológica describe un tumor neuroendocrino de íleon de 3 cm que estenosa la luz intestinal e infiltra el mesenterio, infiltración linfática y perineural. Diferenciación histológica (clasificación WHO 2010): bajo grado de diferenciación (bien diferenciado), G1. Ki67: 1%. Micrometástasis en 2/7 ganglios. Estadio TNM: T3 N1 Mx, estadio IIIB (AJCC/ENETS). Márgenes quirúrgicos libres. Inmunohistoquímica: positivo para cromogranina A y sinaptofisina. La gammagrafía con octreotido marcado con 111Indio no mostró captaciones patológicas significativas y las determinaciones de cromogranina A sérica y 5HIAA en orina fueron normales. Dado que existía reacción desmoplásica peritumoral se solicitó un ecocardiograma para descartar cardiopatía carcinoide, sin hallazgos de interés.

Discusión: Los tumores neuroendocrinos de intestino delgado son neoplasias poco frecuentes con una incidencia de 3-10/millón de habitantes y se caracterizan por su lento crecimiento. La obstrucción intestinal puede derivar de la estenosis tumoral o de la hiperproducción local de serotonina por parte del tumor, responsable de un aumento de la actividad inflamatoria local o reacción desmoplásica del mesenterio. Dicha reacción puede producir por un lado una disminución del aporte hemático con una alteración segmentaria de la motilidad y fenómenos de isquemia, y por el otro acortamiento del mesenterio afecto con acodamiento del mismo y obstrucción intestinal. Típicamente suele asociarse a invasión linfática del mesenterio afecto. El diagnóstico se realiza con una TC abdominal con contraste intravenoso que muestra el típico signo del peine. El principal diagnóstico diferencial es la enfermedad de Crohn.