



P-466 - EL CARCINOIDE ILEAL, UN TUMOR DE PRESENTACIÓN MULTICÉNTRICA

Penalba Palmí, Rafael; Saborit Montalt, Rosa María; Roig Bataller, Amparo; Pérez Pérez, Teresa; Kiefer, Georg Michael; del Pino Cedenilla, Sheila; Tormos Tronqual, Bárbara; Aguiló Lucia, Javier

Hospital Lluís Alcanyís, Xátiva.

Resumen

Introducción: El tumor carcinoide ileal se describe como aquél con diferenciación neuroendocrina, ocupando el segundo en frecuencia en los tumores del intestino delgado (ID) tras el adenocarcinoma. Habitualmente multicéntrico, puede originar una hemorragia digestiva baja en un 10% de casos, de presentación crónica o masiva. Su diagnóstico suele demorarse por la dificultad de visualización mediante técnicas endoscópicas. Presentamos el caso de un tumor carcinoide ileal multicéntrico tratado en nuestro Servicio.

Caso clínico: Hombre de 76 años, con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica crónica, portador de marcapasos por bloqueos auriculoventriculares, y ulcus bulbar sangrante tras ingesta de antiinflamatorios no esteroideos. Tras varios episodios de hematoquecia, se le practicaron endoscopias digestivas alta y baja, sin poder filiar la etiología. Se recurrió al estudio mediante cápsula endoscópica que identificó 2 tumoraciones submucosas menores de 5 cm a nivel ileal. Se completó el estudio con TC abdominal, observándose un nódulo de 25 mm en mesenterio, sugestivo de conglomerado adenopático. Tras comprobar su crecimiento mediante TC de control, se practicó PAAF que informó la presencia de un tumor neuroendocrino compatible con neoplasia carcinoide. Se intervino, identificando varias lesiones induradas a nivel de íleon pre-terminal junto a un conglomerado adenopático mesentérico. Se realizó resección intestinal extensa (80 cm) con exéresis de las adenopatías mesentéricas afectas (R0). El informe patológico confirmó un tumor carcinoide múltiple, detectando un total de 17 tumores con metástasis en 4 adenopatías (pT3N1). El índice de proliferación Ki-67 fue bajo, correspondiendo a un *carcinoide de bajo grado*. Al año de seguimiento se encuentra libre de recaída.

Discusión: Entre las neoplasias de ID, el tumor carcinoide, con una prevalencia del 30-40%, es muy frecuentemente descubierto mediante cápsula endoscópica. De crecimiento lento y originados en las células enterocromafines de las criptas de Lieberkühn a nivel submucoso, producen serotonina y otras sustancias vasoactivas. Suelen localizarse en apéndice e íleon distal (últimos 60 cm). A menudo son multicéntricos (30-40%) y la aparición de segundas neoplasias no es infrecuente (29-52%), obligando a la exploración completa del resto del ID, colon y recto. En estadios iniciales suelen ser asintomáticos, pero pueden presentarse como hematoquecia recurrente, observándose el síndrome carcinoide sólo en el 10% de pacientes. Por ser el diagnóstico precoz difícil, es frecuente la presentación como enfermedad avanzada (64,1%). El tratamiento de elección es la resección intestinal segmentaria amplia y su correspondiente territorio linfático. Las metástasis hepáticas pueden extirparse o, en casos seleccionados, ser subsidiarias de trasplante. En tumores bien diferenciados están indicados los análogos de la somatostatina, pero en los mal diferenciados lo son la estreptozocina, 5-fluorouracilo y adriamicina. Aunque la tasa de malignidad está próxima al 60%, la obtención de márgenes libres puede lograr supervivencias del 70% a los 5 años. El tumor carcinoide del tubo

digestivo se presenta a menudo de forma multicéntrica, precisando resecciones intestinales extensas para su tratamiento. Ante una hemorragia digestiva de origen no filiado mediante otras técnicas diagnósticas, la cápsula videoendoscópica es la prueba que puede llegar a detectar estas neoplasias, con rendimientos del 55-68%.