

Cartas al director



Tumor carcinoide sobre muñón gástrico

Sr. Director:

Los tumores carcinoides gástricos han experimentado en las últimas décadas un aumento considerable de su incidencia, pasando a ser el 10-41% de los carcinoides gastrointestinales y en torno al 4% de las neoplasias gástricas^{1,2}. Se presenta el caso de un paciente afectado de un tumor carcinoide desarrollado sobre un muñón gástrico tras gastrectomía por ulcus, situación no recogida hasta ahora en la bibliografía médica.

Paciente varón de 65 años, con antecedentes de gastrectomía parcial y reconstrucción Billroth II por ulcus gástrico benigno 40 años antes, que consultó por clínica de dispepsia y pérdida ponderal de 6 meses de evolución. Por medio de endoscopia digestiva alta se detectó una neoformación ulcerada en la cara posterior del muñón gástrico, junto con la anastomosis gastroyeyunal, siendo la biopsia compatible con adenocarcinoma escasamente diferenciado. La ecografía abdominal preoperatoria no demostró metástasis a distancia. Los valores séricos preoperatorios de antígeno carcinoembrionario, CA 19-9 y gastrina eran normales (4,3 ng/ml, 27,8 U/ml y 94 pg/ml, respectivamente).

En la intervención se apreció una lesión sobreelevada y ulcerada de 6 x 5 cm, situada en la cara posterior del muñón gástrico. En los segmentos hepáticos V y III existían sendas formaciones nodulares de pequeño tamaño (menores de 1 cm), siendo la primera de aspecto tumoral y la otra quística. Se efectuó gastrectomía total con linfadenectomía extendida a las cadenas coronaria, hepática, esplénica, tronco celíaco y área paracardial derecha e izquierda, omentectomía y metastasectomía del nódulo situado en el segmento V hepático. La reconstrucción de la continuidad digestiva se efectuó mediante esofagoyeyunostomía en "Y" de Roux. El informe anatomopatológico fue de tumor carcinoide gástrico (test de cromogranina A positivo) que infiltraba la serosa (fig. 1), con dos adenopatías infiltradas y metástasis hepática (estadio IV). El curso postoperatorio inmediato fue favorable y al alta hospitalaria se remitió al paciente al servicio de oncología médica. A los 8 meses de la intervención se detectaron metástasis hepáticas múltiples, falleciendo al año por enfermedad tumoral diseminada.

Los tumores sobre muñón gástrico son una afección que cada vez se conoce mejor tras la primera descripción realizada en 1922 por Balfour. Desde entonces, han sido innumerables los artículos publicados sobre el tema, aunque el tipo histológico del cáncer que con casi exclusividad se describe es el adenocarcinoma³. En todo caso, hay varios aspectos que están presentes en nuestro caso: a) se ha relacionado su aparición con el tiempo transcurrido tras la primera intervención quirúrgica, sobre todo a partir de 20-30 años³; b) el tipo de reconstrucción tras la gastrectomía parcial parece influir, siendo más frecuente tras Billroth II³, y c) la supervivencia es limitada, ya que el

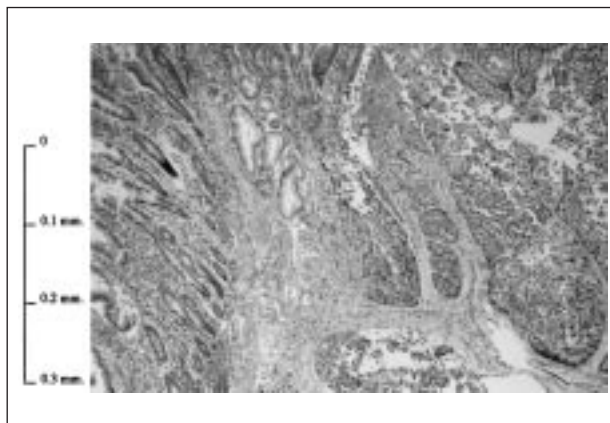


Fig. 1. TC abdominal. Cuerpo extraño intraluminal en sigma causante del cuadro obstructivo.

diagnóstico suele ser en estadios avanzados³.

Los tumores carcinoides gástricos, han experimentado un aumento considerable de su incidencia. Aunque diferentes estudios experimentales en animales han achacado su mayor frecuencia al uso cada vez más extendido de los fármacos contra la acidez gástrica, no se ha encontrado esta relación en el ser humano⁴. Se han subdividido en 3 tipos diferentes:

– Tipo I. El más frecuente (62-83%). Se relaciona con la gastritis crónica atrófica tipo I. Aparece sobre todo en mujeres. Son lesiones múltiples, de menos de 1 cm de tamaño, localizándose principalmente en el fundus y el cuerpo gástrico. Se acompañan de hipergastrinemia. Su comportamiento suele ser poco agresivo, siendo rara la invasión de la pared gástrica, y las metástasis locales y a distancia^{1,2,5,6}.

– Tipo II. Segundo en frecuencia (15-30%). Se desarrolla en asociación al síndrome de Zollinger-Ellison dentro del cuadro de la neoplasia endocrina múltiple tipo I. Aparece por igual en hombres y mujeres, con una media de edad de 45 años. Como en el tipo I, suelen ser lesiones múltiples y de pequeño tamaño. También existe hipergastrinemia. Asimismo, son tumores poco agresivos, aunque no tan benignos como los del tipo I, con mayor frecuencia de metástasis linfáticas^{1,2,4,5}. En estos pacientes el fallecimiento se suele deber a la presencia concomitante de gastrinomas².

– Tipo III, o esporádico. Es el más raro (6-8%). Predomina en varones (75%) con una edad media de 55 años. No se asocia a ninguna enfermedad, existiendo normogastrinemia. Son tumores normalmente solitarios, de gran tamaño, rodeados de mucosa gástrica normal y comportamiento agresivo, con frecuentes metástasis linfáticas y a distancia, sobre todo hepáticas (24-44%)^{1,2,5-8}. Nuestro paciente podría englobarse en este tercer tipo, a pesar de que el desarrollo de esta entidad sobre un muñón posgastrectomía por enfermedad benigna no había sido descrito hasta la fecha.

Clínicamente, se presentan con molestias epigástricas y dispepsia, siendo raro el síndrome carcinoide (0,5-1%)¹. El diagnóstico se hace principalmente gracias a la endoscopia digestiva alta, que permite tomar biopsia y así diferenciarlo del adenocarcinoma gástrico¹. Dicha diferenciación es a menudo difícil, como en el caso que presentamos, inicialmente etiqueta-

do de adenocarcinoma escasamente diferenciado, al igual que ha ocurrido con otros^{6,7}. Los análogos de la somatostatina, como el pentateotride, como marcador radiactivo, localizan lesiones primarias y metastásicas cuando el tumor tiene receptores de somatostatina¹.

Son tumores argirófilos pero no argentafines, y presentan inmunorreactividad para distintas sustancias presentes en sus gránulos, como la cromogranina A, la enolasa neuroespecífica y otras⁴.

La actitud terapéutica aconsejada en el tipo III es la cirugía radical con resección gástrica total o subtotal con linfadenectomía y resección de las metástasis hepáticas^{1,2,7-9}, a diferencia de los tipos I y II donde se acepta ser más conservador^{1,2,6,9}, ya que en caso de tumores menores de 1 cm y menos de 3-5 lesiones es útil la polipectomía endoscópica y seguimiento posterior. En caso de recidiva tumoral, si son mayores de 1 cm o hay más de 3-5 lesiones, se aconseja ser más agresivo, habiéndose propuesto la realización de una antrectomía, que reduce la hipergastrinemia que parece tener efecto trófico.

También se ha propuesto como parte del tratamiento, y en caso de existir metástasis hepáticas, la oclusión de la arteria hepática mediante embolización o ligadura, disminuyendo la sintomatología por el síndrome carcinoide y mejorando la supervivencia al producirse una regresión tumoral en el 65-81% de los pacientes¹. La quimioterapia con estreptozocina, 5-fluorouracilo, doxorubicina y ciclofosfamida tienen una tasa de respuesta del 20-40%¹. La utilización de análogos de la somatostatina, como la octeótrida, también son eficaces para reducir la sintomatología del síndrome carcinoide¹.

La supervivencia del tumor carcinoide esporádico depende del estadio, con una media a 5 años del 52-64%, siendo del 93% si la enfermedad está localizada, del 23-40% si hay ganglios linfáticos afectados y del 0-10% en caso de metástasis hepáticas^{1,4,9}.

J. García, J.M. Villar del Moral, M.T. Villegas, M.J. Álvarez, J.I. Moreno*, C.E. Chamorro y J.A. Ferrón

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo
y *Anatomía Patológica.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Bibliografía

1. Modlin IM, Gilligan CJ, Lawton GP, Tang LH, West AB, Darr U. Gastric carcinoids. The Yale experience. *Arch Surg* 1995; 130: 250-256.
2. Rindi G, Bordi C, Rappel S, La Rosa S, Stolte M, Solcia E. Gastric carcinoids and neuroendocrine carcinomas: pathogenesis, pathology and behavior. *World J Surg* 1996; 20: 168-172.
3. Chen CN, Lee WJ, Lee PH, Chang KJ, Chen KM. Clinicopathologic characteristic and prognosis of gastric stump cancer. *J Clin Gastroenterol* 1996; 23: 251-255.
4. Creutzfeldt W. Carcinoid tumors: development of our knowledge. *World J Surg* 1996; 20: 126-131.
5. Rindi G, Luinetti O, Cornaggia M, Capella C, Solcia E. Three subtypes of gastric argyrophil carcinoid and the gastric neuroendocrine carcinoma: a clinicopathologic study. *Gastroenterology* 1993; 104: 994-1006.
6. Herrera Noreña JM, Manuel Palazuelos JC, Naranjo Gómez A, Casado Martín F, Blanco García C, Val Bernal JF. Consideraciones sobre los tumores carcinoides gástricos. A propósito de cuatro nuevas observaciones. *Cir Esp* 1988; 44: 639-643.
7. Gómez Maestro P, Ruiz de Adana JC, Rodríguez Prieto I, Pérez Núñez I, Román Llorente FJ, Moreno Azcoita M. Carcinoide gástrico gigante. *Cir Esp* 1988; 43: 924-927.
8. Martínez Castro R, Baltasar A, Serra C, Vierna García J, Del Río J, Miró J et al. Carcinoide gástrico afuncionante. *Cir Esp* 1995; 57: 401-

402.

9. Loftus JP, Van Heerden JA. Surgical management of gastrointestinal carcinoid tumors. *Advances in Surgery* 1995; 28: 317-335.