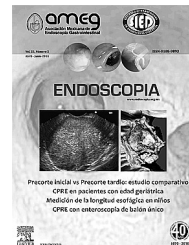




ENDOSCOPIA

www.elsevier.es



OCASO CLÍNICO

Carcinoide gástrico identificado por Fuji Intelligent Chromo Endoscopy (FICE)

Carcinoid gastric tumor diagnosis by FICE

Jesús Camacho-Escobedo,¹ Félix I. Téllez-Ávila,¹ Francisco Valdovinos-Andraca,¹ Braulio Martínez-Benitez,² Rafael Barreto-Zúñiga.¹

Resumen

Los tumores carcinoides gástricos representan una lesión poco frecuente. Existe poca información de su incidencia, características clínicas y pronóstico debido a su baja frecuencia. Con el advenimiento de nuevas técnicas endoscópicas y mejores recursos tecnológicos el número de casos detectados ha aumentado de manera considerable. No se tienen datos exactos que apoyen un verdadero aumento en la incidencia. La cromoesndoscopia vital o digital son recursos que permiten una mayor visualización y diagnóstico de estas lesiones. Se presenta un caso de una paciente que por sintomatología no relacionada se detectaron lesiones compatibles con carcinoide gástrico y la resección endoscópica.

Palabras clave: Carcinoide, cromoesndoscopia, FICE, México.

Abstract

Gastric carcinoid tumors are a rare kind of tumors. There is little information on its incidence, clinical features and prognosis due to its low frequency. With the advent of new endoscopic techniques and best technological resources the number of cases detected has increased significantly. There are no accurate data to support a true increase in incidence. Classic chromoendoscopy and digital chromoendoscopy are resources that allow a major display and diagnosis of these lesions. We report a case of a patient that for unrelated symptoms were detected lesions consistent with gastric carcinoid and endoscopic resection.

Keywords: carcinoid tumor, chromoendoscopy, FICE, Mexico.

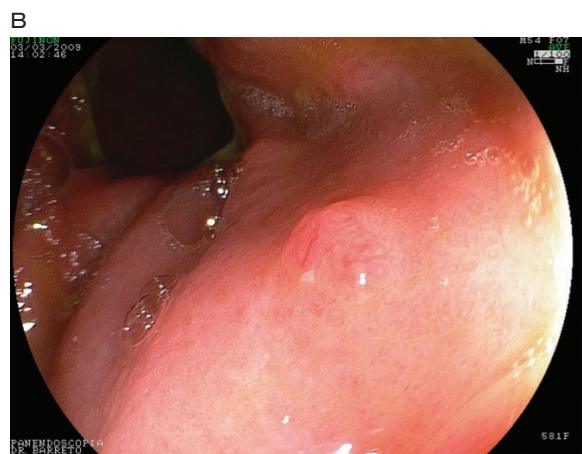
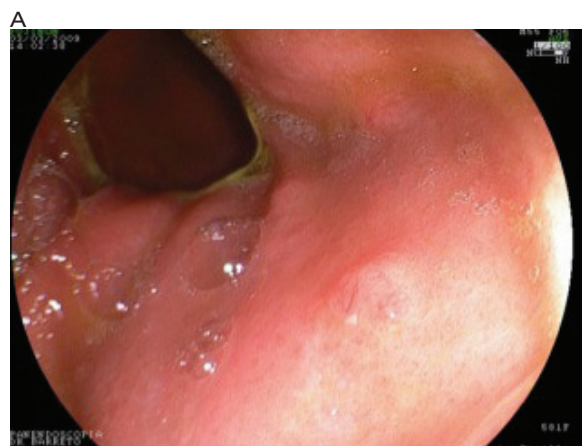
¹Departamento de Endoscopia Gastrointestinal.

²Departamento de Patología.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
México, D. F.

Correspondencia: Dr. Jesús Camacho Escobedo. Vasco de Quiroga N°15
Col. Sección XVI. Del. Tlalpan. 14000, México, D. F. Correo electrónico:
jesus76camacho@hotmail.com

○ **Figuras 1a y 1b.** Visión con luz normal: se identificaron tres lesiones polipoides de menos de 1 cm de diámetro, con aspecto eritematoso en la superficie de bordes bien definidos.



Introducción

Los Tumores Neuroendócrinos Gastrointestinales (TNG) son neoplasias catalogadas como infrecuentes. El término tumor carcinoide actualmente ha sido remplazado por TNG.¹ En 1907, Siegfried Obendorfer por primera vez aplicó el término *karzinoide* (similar a carcinoma) al demostrar que se trata de un tumor que simula un carcinoma desde el punto de vista microscópico, pero con un comportamiento menos agresivo.² De los TNG, los carcinoides son los más frecuentes; ocupan hasta 50%.^{3,4} Los síntomas son debido a efecto de masa o a productos bioactivos secretados por el tumor (serotoninas, histamina, taquininas y prostaglandinas) y ocurre en menos del

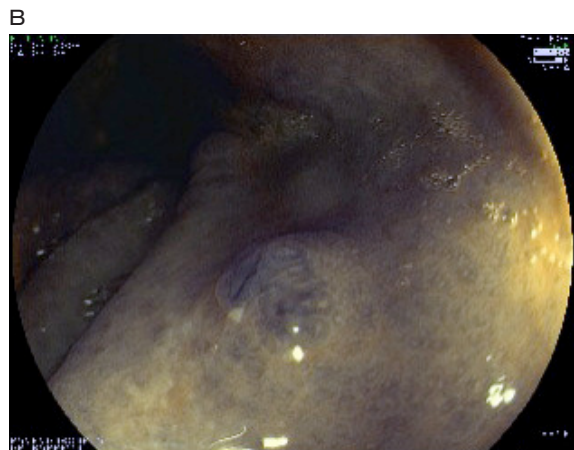
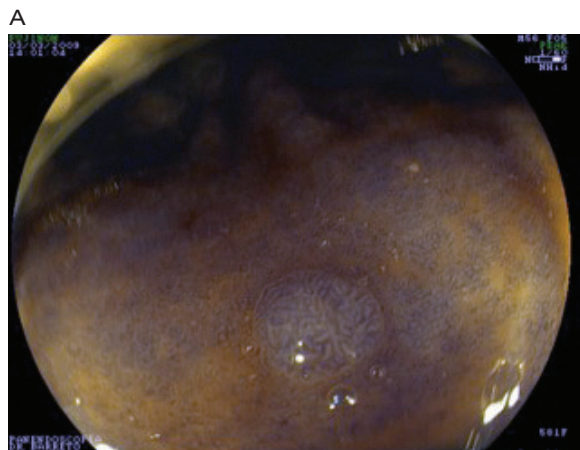
10% de los casos.² En la mayoría de los informes de hace varios años, se señalaba al intestino delgado como la localización más frecuente, sin embargo existen comunicaciones recientes en las que se menciona que el estómago la localización más frecuente.⁵ Se piensa que la causa no es un aumento de la incidencia de carcinoides gástricos, sino una mayor frecuencia en el diagnóstico, debido a un aumento en el número de panendoscopias realizadas por diferentes indicaciones.

En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición (datos aún no publicados, Camacho-Escobedo, et al), se documentaron 31 pacientes con TNG. La localización más frecuente fue en el estómago con 11 (35.5%) casos, seguido de las primeras dos porciones del duodeno y el recto con 6 (19.4%) cada uno, en el ID 5 (16.1%) casos. El apéndice, resto del colon y estómago-duodeno, con un caso cada uno. De los 11 casos de TNG en el estómago se les realizó tratamiento endoscópico a 10.

Presentación del caso

Mujer de 57 años de edad con colecistectomía en 2002 y funduplicatura tipo Nissen en 2003. Su cuadro clínico inició en junio del 2002 con presencia de pirosis, dispepsia con predominio de dolor urente epigástrico. Se sometió a una endoscopia fuera del Instituto la que se reportó como normal. Por persistencia de la sintomatología acudió a nuestro instituto en el 2005 para nuevo abordaje de su sintomatología. En 2005, por persistencia de los síntomas, se le realizó nueva endoscopia con la que se documentó un pólipo duodenal, con informe histopatológico de tumor carcinoide con cromogranina y sinaptofisina positivos. Los niveles séricos de gastrina dentro de parámetros normales. En estudio de seguimiento, no se observaron datos de recidiva en duodeno pero a nivel del fondo gástrico se identificaron dos pólipos cuyo resultado histológico fue de gastritis crónica con hiperplasia foveolar polipoide. Durante su seguimiento la paciente continuo de manera intermitente con los datos clínicos mencionados que mejoraban de manera parcial con la administración de inhibidores de la producción de ácido. En 2008 se le realizó una panendoscopia con equipo Fujinon. A la visión con luz normal se identificó una lesión en fondo de menos de 1 cm de diámetro así como dos lesiones menores a 5 mm de localización más proximal (**Figuras 1a y 1b**). A la aplicación de la *Fuji Intelligent Chromo Endoscopy* (FICE), se observó que las lesiones tienen un aspecto

○ **Figuras 2a y 2b.** Con la visión a través del *Fuji Intelligent Chromo Endoscopy* (FICE) se observa que las lesiones tienen con un aspecto *cerebroide*, elevado, hipervascularizado y de bordes bien definidos.

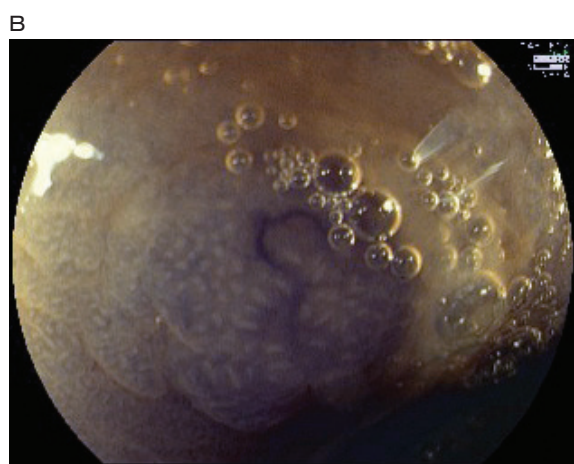
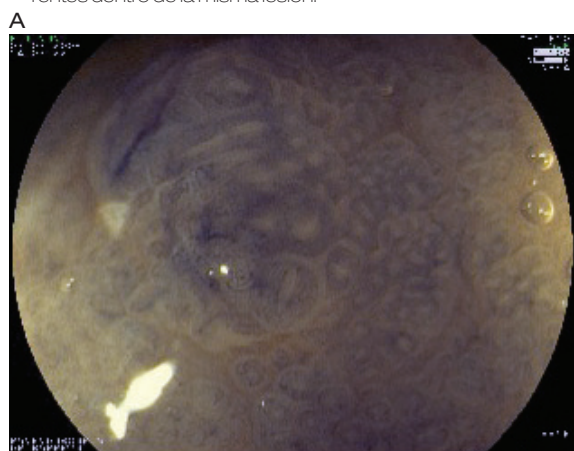


cerebroide, hipervascularizado, con bordes bien definidos (**Figuras 2a y 2b**); a mayor aumento se observaron zonas de características morfológicas diferentes en la misma lesión (**Figuras 3a y 3b**). Se realizó resección con asa de polipectomía, sin complicaciones. Los resultados de la evaluación histopatológica fueron compatibles con carcinóide gástrico (**Figura 4**). Una nueva determinación de gastrina sérica se reportó como dentro de los valores considerados como normales. Al momento actual la paciente se encuentra con episodios intermitentes sugerentes de dispepsia y sin desarrollar algún dato clínico de síndrome carcinóide.

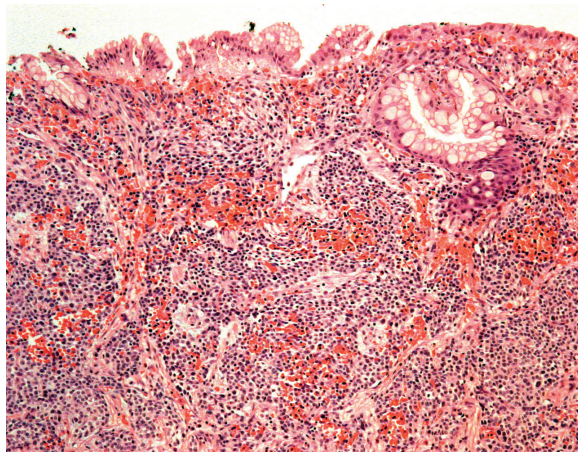
Discusión

El presente caso pone en evidencia lo comentado por diferentes autores en relación con el aumento en el número de diagnósticos de TNG a nivel del estómago, como consecuencia de realizar un mayor número de endoscopias. En el caso de la paciente actual, sus datos clínicos no tenían ninguna relación con el diagnóstico de tumor carcinóide y a pesar de resecarse varios de estos tumores, nunca presentó datos clínicos compatibles con síndrome carcinóide y los niveles séricos de gastrina siempre fueron normales en diferentes determinaciones. Un punto interesante fue la dificultad inicial para el endoscopista para realizar el diagnóstico de tumor carcinóide. Esto puede corresponder a que la identificación de estos tumores puede ser difícil, a la falta de experiencia del evaluador, o

○ **Figura 3.** Con magnificación y FICE se observan zonas en la superficie de las lesiones con características morfológicas diferentes dentro de la misma lesión.



- **Figura 4.** Tumor carcinoide gástrico. Se identifica mucosa gástrica con metaplasia intestinal y atrofia (atrofia metaplásica). En la lámina propia hay una proliferación de células endocrinas. Las células son redondas, homogéneas, con núcleo central y cromatina fina granular. La neoplasia no presenta necrosis, mitosis ni atipia.



incluso a la falta de experiencia del patólogo para identificar estos tumores. La utilidad de métodos auxiliares, como en este caso de la técnica de FICE, puede ser una herramienta importante para la detección, identificación y clasificación desde el punto de vista endoscópico de lesiones polipoides en el tracto gastrointestinal. Aunque se han realizado múltiples descripciones de características endoscópicas de lesiones polipoides gástricas por medio de cromoendoscopia

vital o virtual, hasta el momento no existe un consenso que permita clasificarlas *a priori* con un buen valor predictivo positivo. Aunque los carcinoides menores a 1 cm se clasifican como micro-carcinoides y podría dar la idea de benignidad, su resección vía endoscópica está recomendada. Tal como en este caso, dicha resección es segura y eficaz. Un dato importante es que se considera que los pólipos a nivel del fondo se encuentran con mayor frecuencia a niveles altos de gastrina y al uso de inhibidores de bomba de protones. En esta paciente el primer pólipo positivo a carcinoide se evidenció desde antes de la utilización de inhibidores de la producción de ácido y sus niveles de gastrina sérica siempre fueron normales.

Conclusión

A pesar de que la indicación del estudio de endoscopia sea específica, el evaluador debe tener la acuciosidad y el conocimiento necesario para diagnosticar lesiones poco frecuentes así como la experiencia y entrenamiento necesarios para hacer uso correcto de auxiliares.

Referencias

1. Pasieka JL. Carcinoid tumors. Surg Clin North Am 2009;89:1123-37.
2. Modlin IM, Kidd M, Latic I, et al. Current status of gastrointestinal carcinoids. Gastroenterology 2005;128:1717-51.
3. Maggard MA, O'Connell JB, Ko CY. Updated population-based review of carcinoid tumors. Ann Surg. 2004;240:117-22.
4. Pinchot SN, Holen K, Sippel RS, Chen H. Carcinoid tumors. Oncologist 2008;13:1255-69.
5. Massironi S, Sciola V, Spampatti MP, et al. Gastric carcinoids: between underestimation and overtreatment. World J Gastroenterol 2009;15:2177-83.