

TUMOR CARCINOIDE DE ÍLEON TERMINAL

Dra. Queralt Grau Ortega¹ / Dr. Julio Pablo Torres Nuez¹ / Dra. Ana Cristina Utrillas Martínez²

¹ Servicio Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Obispo Polanco. Teruel

CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años que acude a urgencias por dolor epi-mesogástrico continuo, irradiado a hipocondrio derecho de 24 horas de evolución, sin náuseas ni vómitos. Refiere tendencia habitual al estreñimiento, con una deposición maloliente hace 2 días.

En la exploración física destacan: palidez muco-cutánea intensa y sequedad oral; y abdomen doloroso en el hipocondrio derecho, epigastrio, mesogastrio y fosa ilíaca derecha, sin signos de irritación peritoneal y con peristaltismo conservado.

Analítica: anemia microcítica.

CASO RADIOLÓGICO

La primera técnica de imagen que se realiza es una radiografía de abdomen en decúbito y bipedestación, seguida de una ecografía, las cuales no muestran hallazgos significativos. Debido a la

persistencia del dolor abdominal, que no cede con analgesia, se decide ampliar el estudio con una TC (Fig. 1).

Dados los hallazgos se decide completar el estudio con una colonoscopia (Fig. 2) con toma de biopsias y se programa para intervención quirúrgica.

El informe anatomopatológico reveló 2 tumores carcinoides en íleon bien diferenciados y metástasis en 2 ganglios linfáticos, así como micrometástasis en otro ganglio. Estadio IIIB.

El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para cromogranina A y synaptofisina.

DISCUSIÓN

El tumor carcinoide es un tumor que se origina en las células neuroendocrinas.

Generalmente son tumores de crecimiento lento y baja malignidad, pero algunos pueden ser invasivos y cursar con metástasis a distancia.

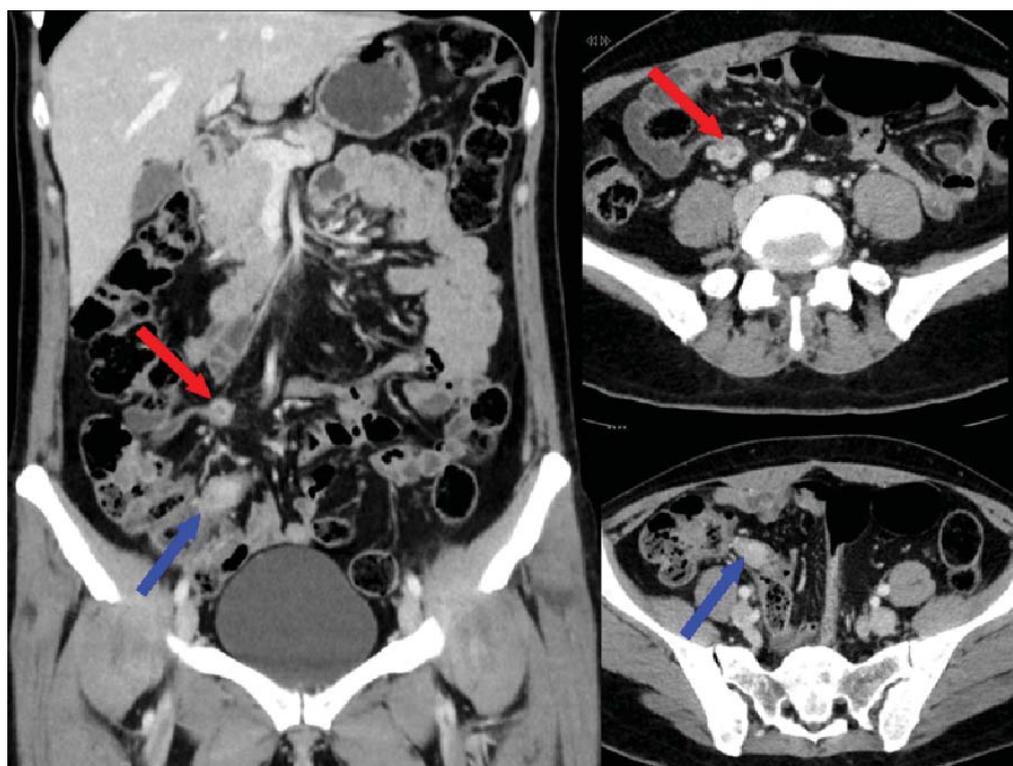


Fig. 1. TC abdominal con contraste IV en fase portal (imágenes coronal y axiales). Nódulo mesentérico por delante del eje vascular iliaco común derecho (flechas rojas), de 19 mm, con realce intenso en esta fase, dejando una zona central hipodensa persistente sugestiva de cambios degenerativos intralesionales. Convergencia de trayectos vasculares mesentéricos hacia la lesión, más llamativa en la vista coronal, por probable infiltración y/o reacción desmoplásica. Área de realce mural nodular en el íleon terminal (flechas azules), de 1,5 cm de diámetro. No se aprecian anomalías focales en otras asas intestinales.

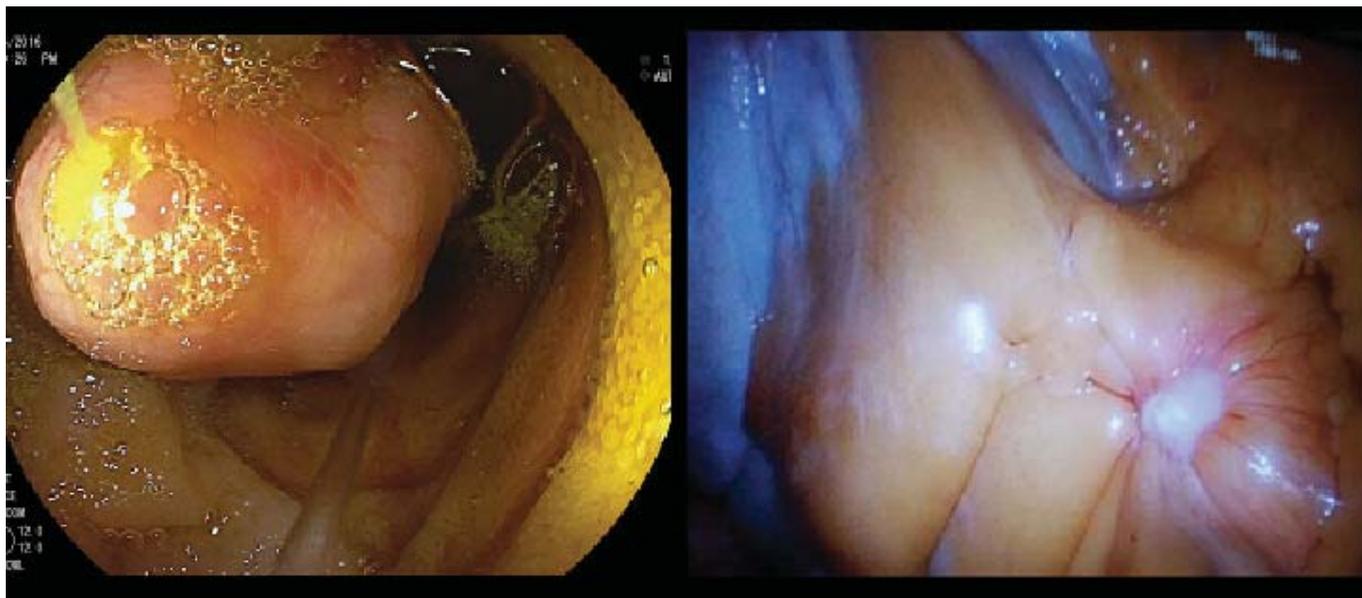


Fig. 2. Imagen de colonoscopia (izquierda), que confirma los hallazgos. En el íleon terminal se ve una tumoración vegetante, polipoidea redondeada, que impresiona de submucosa y posiblemente erosionada en el ápex. Imagen de la cirugía donde se observe una tumoración en el íleon terminal, a unos 8 cm de la válvula de Bahouin con la presencia de una adenopatía en el meso (derecha), próxima a los vasos ileocólicos, de aspecto espiculado. Se realiza una hemicolectomía derecha laparoscópica incluyendo la adenopatía del meso, con anastomosis ileocólica extracorpórea.

El intestino delgado es la localización más habitual (41,8%), y el íleon la localización más frecuente (90%) dentro de los de intestino delgado. A continuación se encuentran la localización rectal (27,4%), apendicular (24,1%) y gástrica (8,7%).

Los pacientes a menudo están asintomáticos, y cuando aparecen síntomas suelen ser secundarios a efectos locales del tumor primario o a afectación metastásica hepática o ganglionar. La afectación local del tumor primario puede producir obstrucción intestinal, hemorragia e incluso isquemia intestinal. Algunos pacientes refieren síntomas inespecíficos que pueden ir desde un cuadro de dolor abdominal intermitente tipo cólico, a pérdida de peso, fatiga, distensión abdominal, diarrea, náuseas o vómitos.

El síndrome carcinoide ocurre en menos del 10% de los pacientes y es secundario a sustancias vasoactivas. Se manifiesta como enrojecimiento

cutáneo, brocoespasmo, dolor cólico abdominal, diarrea y fibrosis de válvulas cardíacas derechas.

En la TC es característico el hallazgo de una masa intramural hipervascular, a menudo de localización ileal. Otro signo característico es la extensión infiltrativa al mesenterio, en forma de masa de partes blandas espiculada e igualmente hipercaptante, que puede mostrar calcificaciones. En ocasiones se puede identificar la extensión mesentérica pero no la tumoración primaria.

El carácter desmoplásico de la infiltración produce con frecuencia oclusión intestinal. También pueden detectarse signos de isquemia en las asas intestinales, debido al atrapamiento vascular por la lesión infiltrativa mesentérica.

Las metástasis hepáticas son también habitualmente hipervasculares, por lo que se detectan mejor en la fase arterial del estudio con contraste intravenoso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Cura JL, Pedraza S, Gayete A. Radiología Esencial. Seram. Editorial Medica Panamericana. Revisión 2015.
2. Levy AD, Sobón LH. Gastrointestinal carcinoids: Imaging features with clinicopathologic comparison. Radiographics. 2007; 27: 237-257.
3. Bancks NH, Goldstein HM, Dodd GD. The Roentgenologic spectrum of small intestinal carcinoid tumors. AJR. February 1975. Vol 123. 2: 274-280.