

### TUMOR CARCINOIDE DEL DUODENO. A PROPÓSITO DE UN NUEVO CASO

**Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rafael Pila Peláez; Dr. Miguel Rivero Sánchez;  
Dra. Carmen Guerra Rodríguez**

Hospital Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

#### RESUMEN

Se realiza una breve reseña de la evolución de los conocimientos acerca de los tumores carcinoides. Nuestro paciente presentaba un carcinoide del duodeno y en él destacamos sus síntomas, evolución y tratamiento. Presentamos este caso que tiene la particularidad de asociarse con una úlcera duodenal perforada. Se revisa la literatura y se comparan nuestros resultados con otros autores.

**DeCS:** TUMOR CARCINOIDE

#### ABSTRACT

A brief description of the evolution of knowledges on carcinoid tumours. Our patient had a carcinoid of duodenum and we stressed his symptoms, evolution and treatment. We present this case wich is particularly associated with a perforated duodenal ulcer. Literature is reviewed and our results are compared with that of other authors.

**DeCS:** CARCINOID TUMORS

#### INTRODUCCIÓN

Los tumores carcinoides, caracterizados por su lento crecimiento y curso más benigno que los adenocarcinomas, asientan preferentemente en el tracto digestivo

en el 90% y con menor frecuencia en pulmones y ovarios (1-3). Dentro del tracto gastrointestinal se localizan fundamentalmente en el apéndice e íleon distal, aunque se aprecia en los últimos años un definido incremento de la localización rectal, sobre todo en los enfermos de mayor edad (2,4).

Considerando que el duodeno es un órgano rico en células de Kultschitky, aparente origen de los tumores carcinoides, la frecuencia de los carcinoides duodenales debería ser alta. Sin embargo, y de una manera similar a lo que acontece con otros tumores duodenales, los carcinoides son raros, su incidencia oscila entre 0 y 1.5% (5,6).

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de tumor carcinóide del duodeno, al mismo tiempo que exponemos algunas consideraciones de este proceso.

## **PRESENTACION DEL CASO**

Paciente R.M.H., M.B., de 58 años de edad, con antecedentes de acidez y dolores en epigastrio desde que era joven, por lo cual ha llevado tratamiento y dieta. Así las cosas, se le realizan Radiografías de Esófago, Estómago y Duodeno (Rx de EE y duodeno) hace 10 años aproximadamente y se le diagnostica úlcera gastroduodenal, imponiéndose tratamiento y dieta, mejora, pero mantiene dolor, acidez y en ocasiones diarreas copiosas, igualmente refiere pérdida de peso, es ingresado en varias ocasiones por este motivo y se mantiene bien, aunque nunca asintomático, persisten los vómitos, diarreas, acidez discreta y epigastralgias, pero siempre con tratamiento.

Ahora es ingresado por dolor agudo en epigastrio, intenso, continuo, acompañado de vómitos que le habían comenzado unas 16 horas antes del ingreso. En el examen físico nos encontramos ante un enfermo taquicárdico, con intenso dolor, con respiración abdominal casi abolida y contractura a la palpación del abdomen.

Se realizan exámenes de laboratorio, Rx de abdomen de pie y acostado, ecografía abdominal y se plantea el diagnóstico de síndrome perforativo, por lo que se interviene quirúrgicamente de urgencia. Durante el acto quirúrgico se aprecia abundante cantidad de jugo gástrico en cavidad libre, que proviene de una úlcera duodenal y que en la exploración del duodeno se palpa un tumor pequeño de 1,5 cms, firme en la región yuxtapilórica, que no deforma la superficie serosa del

órgano por lo que no se aprecia si no es palpado. Las zonas vecinas no presentan adenopatías visibles y el hígado es normal. Se realiza gastrectomía, incluyendo la primera porción del duodeno. Se envía la pieza extirpada para estudio histopatológico y se informa: perforación de úlcera péptica duodenal y tumor carcinoide del duodeno.

Al conocer este diagnóstico tratamos de descubrir cualquier equivalente de síndrome carcinoide que pudiera estar presente; la anamnesis detallada del paciente no es significativa en este sentido; la determinación del 5 H.I.A.A. da un valor de 5 miligramos en orina de 24 horas; la determinación en el jugo gástrico de valores MAO y BAO son normales para un estómago resecado en 2/3. Después hemos seguido al enfermo en consulta para estudios seriados de 5 - H.I.A.A., y relaciones de MAO y BAO, así como estudios radiológicos y clínicos y todos han sido normales, por lo que podemos dar al paciente como curado.

## **DISCUSIÓN**

En todo el tracto gastrointestinal pueden originarse los carcinoides, pero su mayor incidencia corresponde a las zonas más caudales del intestino por existir mayor número de células argentocromafines (7,8). Estos datos han sido obtenidos de la serie de Ritchie (9) quien sobre 506 carcinoides del aparato digestivo sólo encontró cinco localizados en el duodeno; Kuiper (10) sobre 72 casos de carcinoides, sólo dos se localizan en duodeno; Moertel (11) señala dos en 209, mientras Sabback (12) no encuentra estos tumores en su serie. Algunos autores (2,13) están de acuerdo en que este tumor es más común en el varón y después de los 50 años como ocurrió en nuestro paciente.

Los síntomas pueden ser variados, y Santoro (14) en su revisión clasifica las formas clínicas del carcinoide del duodeno en cuatro grupos: dolorosa, estenosante, ictérica y metastásica. Nuestro paciente presentó una forma dolorosa típica la cual mantuvo durante muchos años. El otro resultado de interés en nuestro caso fue la asociación del carcinoide del duodeno con la úlcera gastroduodenal de larga fecha, lo cual es un hecho frecuente según el estudio de Mac Donal (15), mientras que otros autores (2,9,12) sólo lo señalan en el 5% de los casos.

Weichert (16) señala la posible asociación de los tumores carcinoides con el síndrome de Zullinger-Ellison.

Respecto al tratamiento todos los autores (12,13,17) están de acuerdo en hacer resecciones amplias, incluyendo los ganglios mesentéricos, debido al alto índice de recurrencias, como fue practicado en nuestro enfermo.

En cuanto al pronóstico, el factor más importante es la presencia de metástasis hepáticas, sea cual sea la localización del tumor primitivo. Las series revisadas (3,6,7) demuestran que los que con mayor frecuencia metastatizan a ese nivel son los de localización ileal, y por tanto, son estos los que con mayor frecuencia se acompañan de síndrome carcinoide. Debido a esto creemos que nuestro enfermo se encuentra asintomático y con una evolución totalmente favorable.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Beaton H. Gastrointestinal Carcinoids and the Malignant carcinoid Syndrome. *Surg Gynecol and Obstet*, 1995; 152 (5): 268-72.
2. Yodanis DJ. Carcinoid Tumors. Analysis of 2837 cases. *Cancer*, 1985; 36 (2): 560-569.
3. Peck JJ. Carcinoid Tumors of the ileum . *Am J Surg*, 1985; 146 (4): 124-132.
4. Mingo Zapatero M.. Carcinoide Duodenal. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. *Rev. Esp. Enf AP Digest* 1988; 63 (1):53-58.
5. González González J, Alvarez Pérez J. Tumores del Intestino Delgado. Resultados. Seguimiento uno a nueve años. *Rev. Esp. AP Digest* 1986; 70 (4): 308-310.
6. Thompson GB. Carcinoid Tumors of the Gastrointestinal Tract: Presentation, management, and prognosis. *Surgery* 1990; 98 (6): 1054-63.
7. Corell Planelles R. Algunas consideraciones sobre tumoraciones de apéndice iliocecal; Presentación de 38 casos. *Rev. Cir. Esp* 1992; 41 (6): 919-27.
8. Bowman GA, Rosenthal D. Carcinoid Tumors of Appendix. *Am J Surg*, 1993. 146 (6): 700-703.
9. Ritchie G, Stafford WT. Argentaffin Tumors of the Gastrointestinal Tract. *Arch Path* 1974; 58 (4): 223-29.
10. Kuiper D. Twenty Years of Gastrointestinal Carcinoid. *Cancer* 1980; 25 (8): 1424-31.
11. Moertel CG: Life History of the Carcinoid Tumors of Small Intestine. *Cancer* 1986; 24 (3): 901-9.

12. Sabback MS, O' Brien PH.. Clinical Study of 81 Gastrointestinal Carcinoid Tumors South Med J 1990; 72 (5): 380-90.
13. Moertell CG. Carcinoid Tumors of the Appendix Treatment and Prognosis New Eng J Med, 1992; 317 (27): 1699-1701.
14. Santoro RJ. Su Di un caso di Tumore Carcinoide du Duodeno. Minerva Chir, 1989; (6): 739-43.
15. Mc Donal RA. On 356 Carcinoids of the Gastrointestinal Tract. AM J Med 1990; 41 (6): 1867-71.
16. Weichert R. Carcinoid- Islet Cell Tumors of the Duodenal. Ann Surg 1991; 165 (8): 660-66.
17. Kierkegaard P. Long-Term results of Surgery for Carcinoid Tumors of Gastrointestinal Tract Acta Chir Scand 1991; 147 (2): 693-701.

Recibido: 2 de julio de 1997

Aprobado: 13 de enero de 1997