

Letters to the Editor

Metástasis digestivas de carcinoma neuroendocrino poco diferenciado

Palabras clave: Metástasis gastrointestinales. Tumor neuroendocrino. Carcinoma neuroendocrino pobemente diferenciado. Tumor primario de origen desconocido. Tumor neuroendocrino pulmonar.

Key words: Gastrointestinal tract metastasis. Neuroendocrine tumor. Poorly differentiated neuroendocrine carcinoma. Unknown primary tumor. Lung neuroendocrine tumor.

Sr. Director:

Los tumores que más frecuentemente metastatizan en el tubo digestivo son el carcinoma broncogénico, el melanoma y el carcinoma de mama, seguidos en frecuencia por el adenocarcinoma renal, los tumores de células germinales y los tumores de cabeza y cuello (1). Estas lesiones suelen ser asintomáticas y la mayoría de las veces son un hallazgo post mortem (2). Presentamos un caso clínico en el cual las metástasis digestivas permitieron realizar el diagnóstico con la particularidad de presentar metástasis de forma simultánea en tracto digestivo alto y bajo.

Caso clínico

Varón de 65 años con antecedentes personales de bronquitis crónica, HTA, hiperaldosteronismo primario y ex fumador desde hace 8 años. En tratamiento con ansiolíticos y antihipertensi-

vos. Ingresa en el Servicio de Digestivo por presentar dolor abdominal postpandrial difuso con pérdida de 8 kg de peso en los últimos 2 meses y febrícula vespertina. A la exploración física presenta hepatomegalia dura y dolorosa de 2 cm. Resto normal. Respecto a la analítica, presenta elevación de los reactantes de fase aguda con hemograma normal; bioquimicamente destaca: GOT 213 mU/ml, GPT 101 mU/ml, BT 2,4 mg/dl, GGT 1941 mU/ml, FA 404 mU/ml con INR y albúmina normales. La Rx de tórax fue normal. La ecografía abdominal reveló LOE en ambos lóbulos hepáticos compatibles con metástasis. Se realizó, además, endoscopia digestiva alta: neoplasia de origen submucoso de superficie ulcerada, en tercio medio esofágico cuya anatomía patológica (AP) fue compatible con infiltración de carcinoma neuroendocrino ulcerado de células grandes (Fig. 1) y colonoscopia: polipectomía endoscópica de pólipos de 2 y 3 mm en sigma y otro de 4 mm en colon transverso cuya AP fue compatible con metástasis intestinales de carcinoma neuroen-

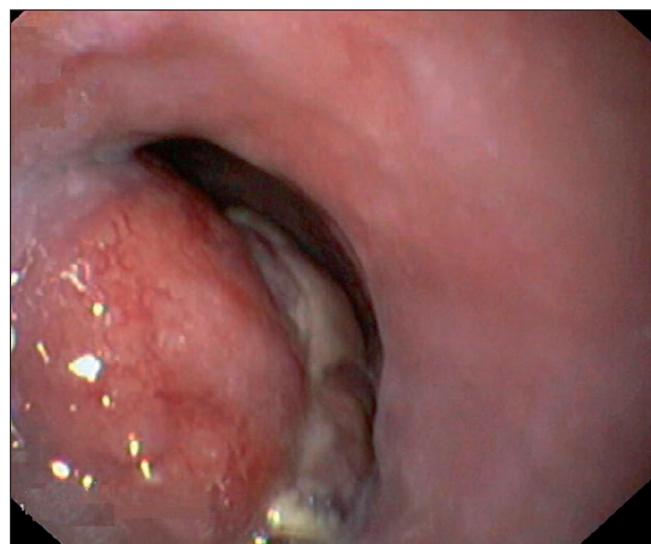


Fig. 1. Neoplasia submucosa, ulcerada, en tercio medio esofágico.

docrino poco diferenciado compatible con origen pulmonar. En la TAC toracoabdominal se vieron adenopatías mediastínicas, mesentéricas y a nivel del hilio hepático, tumoración en tercio medio esofágico, hígado metastásico, múltiples lesiones óseas de probable origen metastásico en columna vertebral y probable metástasis suprarrenal derecha. Se realizó PAAF hepática dirigida cuya AP fue compatible con carcinoma neuroendocrino mal diferenciado de células no pequeñas. Se determinaron los siguientes marcadores tumorales: CYFRA 21-1: 56,54 ng/ml (0-3,3), enolasa específica neuronal: 370 mg/l (0-15), gonadotropina coriónica: 103,7 mU/ml (0-2), CEA: 579,5 ng/ml (0-5), calcitonina: 16,9 ng/ml (0-27), CA 19,9: 18U/ml (0-37), PSA: 0,55 ng/ml (0-4), Ag car. Células escamosas: 1,1 ng/ml (0-2,75). Con el diagnóstico de carcinoma neuroendocrino poco diferenciado de origen pulmonar con metástasis múltiples, el paciente fue valorado por el Servicio de Oncología, iniciándose tratamiento paliativo con analgésicos opioides, corticoides y quimioterapia (carboplatino y VP-16), falleciendo a los 5 meses del diagnóstico.

Discusión

La invasión tumoral metastásica del tubo digestivo es un evento infrecuente (3). En el estudio realizado por Washington y cols. (3) los tumores metastásicos más comunes hallados en las piezas quirúrgicas o en biopsia fueron el melanoma, el cáncer ovárico y el vesical, seguido muy de cerca por el carcinoma de pulmón. La morfología endoscópica característica de las lesiones metastásicas suele corresponder a formaciones submucosas ulceradas en su vértice (lesión "tipo volcán") o sin ulceración y nódulos de diferente tamaño umbilikados y/o ulcerados en su cúspide (4). En el caso de las metástasis hepáticas, cuando estas son diagnosticadas, el tumor primario, en la mayoría de los casos, ya es conocido. El tipo histológico de carcinoma de pulmón que más metastatiza en el tubo digestivo es el escamoso, siendo la localización más frecuente el esófago, por extensión directa (2). Las técnicas inmunohistoquímicas son fundamentales para el diagnóstico definitivo en las lesiones metastásicas. El estudio inmunohistoquímico, en el tumor neuroendocrino diagnosticado en nuestro caso, muestra positividad para la vimentina, enolasa neural específica y cromogranina A o sinaptosina (5). Respecto a los tumores neuroendocrinos pulmonares primarios, son clasificados tradicionalmente en 3 categorías: carcinoma neuroendocrino bien diferenciado (carcinoide típico), carcinoma neuroendocrino moderadamente di-

ferenciado (carcinoide atípico de bajo grado) y carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado (carcinoide atípico de alto grado). La mayoría de los pacientes con metástasis gastrointestinales no presentan síntomas, sin embargo, en aquellos que los presentan, la anemia, el sangrado gastrointestinal, la disfagia y el dolor, suelen ser los más comunes (1,2). Las complicaciones clínicas (peritonitis, la obstrucción intestinal, hemorragia grave y perforación) no son frecuentes (2). El carcinoma neuroendocrino pobremente diferenciado tiene un mal pronóstico, así, en el estudio realizado por Takei y cols., donde analizaron una serie de carcinomas neuroendocrinos pobremente diferenciados, encontraron supervivencias a los 5 años del 67, 75, 45 y 0% para los estadios I, II, III y IV, respectivamente (6). El tratamiento incluye la resección quirúrgica, en tumores localizados o complicados. En los tumores diseminados, un tratamiento adecuado comprendería quimioterapia con platino y etopósido (7).

L. Julián-Gómez, J. Barrio, J. C. Torrego, S. Gómez-de-la-Cuesta, L. Ruiz, M. Pérez-Miranda y A. Caro-Patón

Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Bibliografía

1. Hsu C, Chen J, Changchien S. Endoscopic features of metastatic tumors in the upper gastrointestinal tract. *Endoscopy* 1996; 28: 249-53.
2. Antler AS, Ough Y, Pitchumoni CS, Davidian M, Thelmo W. Gastrointestinal metastasis from malignant tumors of the lung. *Cancer* 1982; 49: 170-2.
3. Washington K, McDonagh D. Secondary tumors of the gastrointestinal tract: surgical pathologic findings and comparison with autopsy survey. *Med Pathol* 1995; 8(4): 427-33.
4. Gupta R, Aggarwal R, Puri AS, Shukla S, Pandey R, Naik SR. Endoscopic appearance of malignant melanoma metastatic to the upper gastrointestinal tract. *Endoscopy* 1995; 27: 631.
5. Oberg K. Carcinoid tumors: molecular genetics, tumor biology, and update of diagnosis and treatment. *Curr Opin Oncol* 2002; 14: 38.
6. Takei H, Asamura H, Maeshima A, Suzuki K, Kondo H, Niki T, et al. Large cell neuroendocrine carcinoma of the lung: A Clinicopathology study of eighty-seven cases. *J Thorac and Cardi Sur* 2002; 124(2): 285-92.
7. Moertel, CG, Kvols, LK, O'Connell, MJ, Rubin, J. Treatment of neuroendocrine carcinomas with combined etoposide and cisplatin. Evidence of major therapeutic activity in the anaplastic variants of these neoplasms. *Cancer* 1991; 68: 227.