

Cartas al Editor

Tumores carcinoides gástricos: análisis de 24 casos

Palabras clave: Tumores carcinoides gástricos. Síndrome carcinóide. Resección endoscópica. Mucosectomía. Bandas.

Key words: Gastric carcinoids tumors. Carcinoid syndrome. Endoscopic mucosal resection. Mucosectomy. Banding.

Sr. Editor:

La incidencia de los tumores carcinoides (TC) ha ido aumentando con el tiempo (1).

La distribución por sexos está muy igualada, algo mayor para la mujer en los carcinoides malignos, a todas las edades, si bien predominan en la sexta década de la vida. Los gástricos representan el 3 por mil de todas las neoplasias gástricas.

Se han efectuado revisiones (1) y publicado series de carcinoides gástricos (TCG), duodenales, intestinales, apendiculares, rectales, etc.

El objetivo de este trabajo retrospectivo ha sido revisar una serie personal de TCG, a partir de una búsqueda en los archivos de endoscopia y ecoendoscopia (USE). Se revisaron todos los datos demográficos (raza, edad, sexo, etc.), todas las variables relacionadas con las características endoscópicas y ecoendoscópicas de los tumores (tamaño, morfología, ecogenicidad, etc.), la localización de las lesiones, las manifestaciones clínicas, el tratamiento efectuado, su eficacia y complicaciones, y la supervivencia en el momento de la revisión.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS 11.5 para Windows.

Casos clínicos

Se identificaron 24 pacientes con TCGs en un periodo de 19 años (1994-2012), varios multifocales y uno multicéntrico: un enfermo con neoplasia endocrina múltiple tipo 1 (NEM-1) presentaba gastrinomas, carcinoides gástricos y carcinóide retroperitoneal. La edad media de presentación fue de 50 años (rango 7 a 74 años). Catorce pacientes (58 %) fueron varones y 10 (42 %) mujeres, todos ellos de raza blanca. Estos datos son similares a los descritos en la literatura.

La endoscopia, ecoendoscopia (USE) y la tomografía computarizada fueron métodos de diagnóstico principales; en algunas ocasiones se realizó Octreoscan. En todos los pacientes se realizó videoesndoscopia y se obtuvieron biopsias para estudio anatómopatológico, y en 71 % ecoendoscopia (USE radial, lineal, y minisondas) (Fig. 1).

El 50 % eran TCG tipo 1, el 12,5 % tipo 2, el 29 % tipo 3, y el 8,3 % tipo 4. Once tumores (46 %) fueron multifocales en

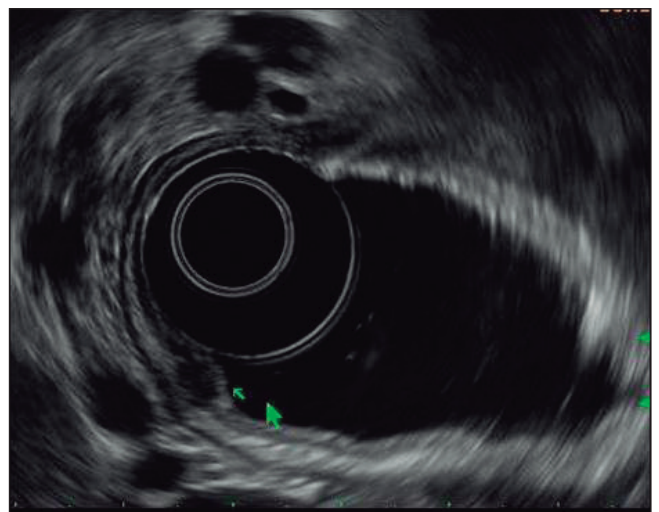


Fig. 1. USE: tumor submucoso gástrico, hipocogénico, que depende de capas superficiales, sugestivo de carcinóide evaluado por USE radial.

el estómago. Sólo hubo un caso multicéntrico: el paciente con NEM-1, que mostraba además metástasis hepáticas y fue tratado con análogos de la somatostatina. El tamaño medio de las lesiones fue de 8,3 mm (rango 2 a 20 mm).

En 19 de los 24 enfermos se efectuó tratamiento endoscópico, y en 11 pacientes con 15 TCG se efectuó resección endoscópica asistida por USE, tras descartar enfermedad a distancia con tomografía computerizada y Octreoscan previos.

El tratamiento efectuado incluyó resección con asa tras inyección submucosa (en 16 casos), resección mucosa endoscópica (RME o mucosectomía) asistida con bandas (en 4 casos) (Fig. 2), resección quirúrgica (en 3 casos).

En 11 pacientes con un total de 15 TCG se efectuó resección endoscópica asistida por USE. La resección completa fue del 93 % frente al 75 % cuando no se realizó USE, con una tasa de hemorragia del 0 % mientras que solo se produjo una miniperforación (7 %) que se resolvió con clips. El seguimiento fue de hasta 24 meses con una recurrencia del 33 %. La supervivencia actual es del 92 % (22 pacientes).

Discusión

Los TCG no llegan al 1 % de las neoplasias gástricas y representaban el 2-4 % de todos los carcinoides aunque su frecuencia está ascendiendo hasta casi el 12 % (2).

La incidencia total de los TC es de 5 casos/100.000 y año (1), y sigue la preponderancia de los situados en el aparato digestivo concretamente en el intestino (3), aunque la prevalencia y la incidencia de los rectales y de los gástricos (4) siguen aumentando.

Es posible que el incremento de los TCG sea debido al *screening* con la gastroscopia y las biopsias de la gastritis atrófica, así como al mayor uso de la inmunocitoquímica (la positividad para cromogranina y sinaptofisina es patognomónica de carcinoides) (4).

La prevalencia relativa del carcinoides gástrico es del 0,58 % según un estudio endoscópico reciente americano (5), en el que



Fig. 2. Mucosectomía con bandas (Duette-EMR) de dos TCs gástricos tipo 1.

la mitad de ellos tenían gastritis crónica y/o metaplasia intestinal.

En otras series (1,2) más del 70 % de los casos están asociados a gastritis crónica atrófica tipo A o a anemia perniciosa (TCG tipo 1). Suelen ser menores de 1 cm y multifocales en el 50 %. Menos del 10 % presentan metástasis. La hipergastrinemia juega un papel muy importante por lo que pueden ser tratados crónicamente con somatostatina. Entre el 5-10 % de los casos (TCG tipo 2) están asociados a síndrome de Zollinger-Ellison en el contexto de una NEM-1 con carácter genético. Entre el 15-25 % de los casos son esporádicos (TCG tipo 3), únicos y mayores de 1-2 cm, y originan metástasis en más del 50 % de los casos ($Ki > 2$ %). Se han asociado a un síndrome carcinoide atípico causado por la histamina. Cuando son mayores de 2 cm suelen tener un pronóstico fatal.

En nuestra serie de 24 casos, el 50 % eran del tipo 1 y multicéntricos, con una tasa de malignidad muy baja. El tratamiento y el pronóstico es similar a los asociados a gastritis crónica atrófica tipo A. Ningún TCG de nuestra serie superaba los 20 mm y la mayoría fueron tratados endoscópicamente.

Los tumores neuroendocrinos gástricos pobremente diferenciados se clasifican en TCG tipo 4. Son raros (6-8 %), solitarios, de 50-70 mm, malignos (80-100 % con metástasis), y se presentan en pacientes mayores de 60 años. En nuestra estadística sólo observamos dos casos (8 %).

Según lo dicho, el pronóstico de los TC depende del tamaño, la existencia o no de metástasis y/o la aparición de síndrome carcinoide (menos del 10 %).

Los carcinoides gástricos fueron los más frecuentes en nuestra serie, probablemente por un sesgo de búsqueda, resolviéndose mediante tratamiento endoscópico (mucosectomía, o RME con bandas fundamentalmente). La USE contribuyó a una mayor resección completa, con un índice de complicaciones similares a las descritas en la literatura.

Los análogos de la somatostatina también han supuesto un avance en el tratamiento de los TC, sobre todo los gástricos tipo 1 y 2 (4,6,7).

Como conclusión, es posible que la incidencia general de carcinoides esté aumentando. La proporción de carcinoides gastroduodenales también ha aumentado con respecto a las series históricas, probablemente por la generalización en el uso de la endoscopia. En nuestra experiencia, la mayoría de los TCG pueden ser tratados endoscópicamente con resección con asa tras inyección submucosa o con mucosectomía asistida por bandas, con muy buenos resultados y baja tasa de complicaciones.

Modesto J. Varas Lorenzo, Joan B. Gornals, Fernando Muñoz, Carme Loras, Marta Cruz, Jorge C. Espinós, Cristina Durán y Carlos Llebaría

Unidad de Ecoendoscopia Digestiva y Servicio de Anatomía Patológica. Centro Médico Teknon. Barcelona

Bibliografía

1. Kulke MH, Mayer RJ. Carcinoids tumors. *New Engl J Med* 1999;340:858-68.
2. Modlin IM, Sandor A, Tang LH, Kidd M, Zelterman D. A 40-year analysis of 265 gastric carcinoids. *Am J Gastroenterol* 1997;92:633-8.

3. Landry CS, Brock G, Scoggins CR, McMasters KM, Martin RC 2nd. A proposed staging system for gastric carcinoid tumors based on an analysis of 1543 patients. *Ann Surg Oncol* 2009;16:51-60.
4. Massironi S, Sciola V, Spampatti MP, Peracchi M, Conte D. Gastric carcinoids: Between underestimation and overtreatment. *World J Gastroenterol* 2009;15:2177-83.
5. Carmack SW, Genta RM, Schuler CM, Saborian HS. The current spectrum of gastric polyps: A 1-year National study of over 120,000 patients. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1524-32.
6. Varas MJ, Gornals JB, Pons C, Espinós JC, Abad R, Lorente FJ, et al. Usefulness of endoscopic ultrasonography (EUS) for selecting carcinoid tumors as candidates to endoscopic resection. *Rev Esp Enferm Dig* 2010;102:577-82.
7. Aguirre A, Cosme A, Bujanda L, Navascués JE, Larburu S, Larzabal M, et al. Diagnosis, treatment and follow-up of gastric carcinoid tumors. Analysis of 14 cases. *Rev Esp Enferm Dig* 2011; 103:493-4.