

Cartas al Director

Controversias en el tratamiento quirúrgico del tumor carcinoide rectal

Palabras clave: Tumor carcinoide. Tumor rectal. Resección endoscópica. Cirugía.

Key words: Carcinoid tumor. Rectar tumor. Endoscopic resection. Surgery.

Sr. Director:

Los tumores carcinoides rectales son relativamente poco frecuentes, representando entre 0,5-1,3% de todos los tumores rectales (1). Su crecimiento es lento y su clínica inespecífica siendo su diagnóstico casual. Suelen formar masas polipoideas submucosas de pequeño tamaño y únicas. Sólo en el 5% de los casos dan metástasis a distancia y clínica de síndrome carcinoide. Existe bastante unanimidad en el tratamiento quirúrgico de estos tumores tanto en los menores de 1 cm como en los mayores de 2 cm; sin embargo, aquellos con tamaños intermedios sin clínica asociada, la actitud quirúrgica es más controvertida.

Caso clínico

Mujer de 59 años de edad sin antecedentes de interés que consulta por una tumoración rectal que refiere desde hace tres años y que nota por tacto rectal debido a un estreñimiento crónico que requería alguna digitalización. A la exploración clínica y anuscopia-rectoscopia, se observa una tumoración nodular submucosa única a 3-4 cm de margen anal de alrededor de 1 cm de diámetro, móvil, de aspecto amarillento en la cara anterior rectal. Se realiza una exéresis local de la lesión, respetando la muscular al no estar adherido a ella. El informe anatomopatológico informa de tumor carcinoide rectal de 1,2 cm de diámetro,

bien diferenciado, con ausencia de atipias, desarrollado en la submucosa. No se observan signos de invasión vascular, linfática o perineural. En superficie aparece cubierta por mucosa rectal bien diferenciada. En su base muestra escaso margen de seguridad afectando uno de los bordes, si bien no muestra invasión de la muscular propia.

Con este hallazgo se propone a la paciente un seguimiento clínico y una biopsia de la cicatriz mucosa en tres meses. La exéresis de la mucosa pericatricial no evidencia restos tumorales. El estudio se completó con una colonoscopia que no evidenció otros tumores. Tras 21 meses la paciente está libre de enfermedad.

Discusión

El tratamiento de los tumores carcinoides rectales está relacionado con su tamaño (2), quedando claro para tumores menores de 1 cm y mayores de 2 cm. Es en los tumores de entre 1 y 2 cm donde existen discrepancias.

Una aproximación diagnóstica más precisa puede hacerse mediante ecoendoscopia con el fin de ver si la capa muscular está invadida, valorar el tamaño preciso del tumor, diferenciarlo de otros de compresión extrínseca y valorar su naturaleza sólida o quística (3). Otra alternativa sería la ecografía endorrectal, que en el presente caso no se realizó al no disponer de la técnica en ese momento. Por tanto, se procedió a cirugía transanal tras exploración rectal estándar (tacto rectal, ano/rectoscopia, seguida de una colonoscopia) que consideramos mandatoria dada la asociación a adenocarcinoma en el 27-32% de los casos (4).

En los tumores menores de 1 cm se considera suficiente la resección local (5,6) proponiéndose incluso técnicas de extirpación endoscópica (3,6,7). Sin embargo se han publicado tasas de exéresis incompleta en distintas series de hasta 22-40% por la limitación en la resección de lesiones que sobrepasen la submucosa rectal (5). Cuando el tumor primario es mayor de 2 centímetros, la tasa de metástasis a distancia se acerca al 83% y la infiltración de la capa muscular al 88% (1) por lo que se impone la necesidad de una cirugía de mayor radicalidad (resección anterior o amputación).

En los tumores con un tamaño entre 1 y 2 cm se han propuesto desde cirugía local hasta la resección rectal con o sin preservación de esfínteres (2). Se estima que el 10-15% de estos tumores pueden originar metástasis (8). En general se podrían tratar mediante excisión local a no ser que presenten invasión de la capa muscular, síntomas al diagnóstico o ulceración de la mucosa, que se han identificado como factores pronósticos adversos independientes del tamaño tumoral. En estas situaciones estaría indicada una aproximación quirúrgica más radical.

La discusión del presente caso se centraría en la ausencia de un margen de seguridad por debajo del tumor, a pesar de que no existe infiltración de la muscular. De ahí la dificultad de decidir si añadir una resección de la capa muscular o de realizar un seguimiento con una eventual biopsia, como se propuso a la paciente. También ha influido que el tamaño de la lesión se encuentre en el límite inferior del margen propuesto. Si se hubiese tratado de un tumor de 1,8 cm hubiéramos decidido tratarlo como a uno de 2 cm.

La escasa frecuencia de estos tumores y con ello una experiencia limitada de la patología hacen que el consejo y actitud terapéutica sean difíciles. Por tanto, pensamos que el abordaje de estos tumores debe ser individualizado. Una aproximación a su enfoque diagnóstico-terapéutico es la que se muestra en el siguiente algoritmo (Fig. 1).

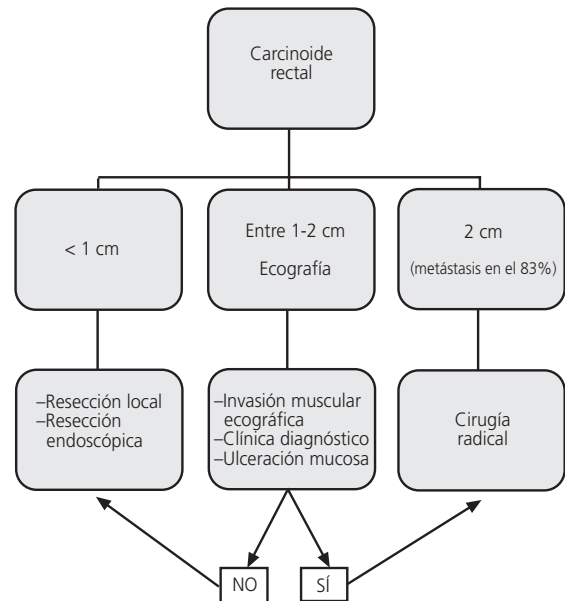


Fig. 1.- Algoritmo diagnóstico-terapéutico del carcinoide rectal.

A. García Fadrique, J. C. Bernal Sprekelsen¹, A. Morera²
y J. V. Roig Vila

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. ¹Hospital
General de Requena. ²Clínica Casa de Salud. Servicio de
Anatomía Patológica. Valencia*

Bibliografía

1. Teleky B. The prognosis of rectal carcinoide tumours. *Int J Colorect Dis* 1992; 7: 11-4.
2. Schindl M, Niederle B, Hafner M. Stage dependent therapy of rectal carcinoide tumors. *World J Surg* 1998; 22: 628-33.
3. Kobayashi K, Katsumata T, Yoshizawa S. Indications of endoscopic polypectomy for rectal carcinoide tumors and clinical usefulness of endoscopic ultrasonography. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 285-91.
4. Memon MA, Nelson H. Gastrointestinal carcinoide tumors: Current management strategies. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1101-18.
5. Jetmore AB, Ray JE, Gathright JB, McMullen KM, Hicks TC, Timmcke AE. Rectal carcinoids: The most frequent carcinoide tumor. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 717-25.
6. Molinas J, Guixà M, Cózar J. Tumor carcinoide en el tracto gastrointestinal. Formas de presentación, diagnóstico y tratamiento. *Cir Esp* 1998; 64: 47-51.
7. Martínez-Ares D, Souto-Ruzo J, Varas Lorenzo MJ. Resección endoscópica asistida por ecoendoscopia de tumores carcinoideos del aparato digestivo. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 96: 847-55.
8. Mani S, Modlin IM, Ballantyne G, Ahlman H, West B. Carcinoids of the rectum. *J Am Coll Surg* 1994; 179: 231-48.