545

TUMOR CARCINOIDE ILEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: CANTERO, NATALIA
DE LA VEGA, DANIELA
FRANCESCHINI, BRUNO

Argentina- Córdoba- naticantero15@gmail.com

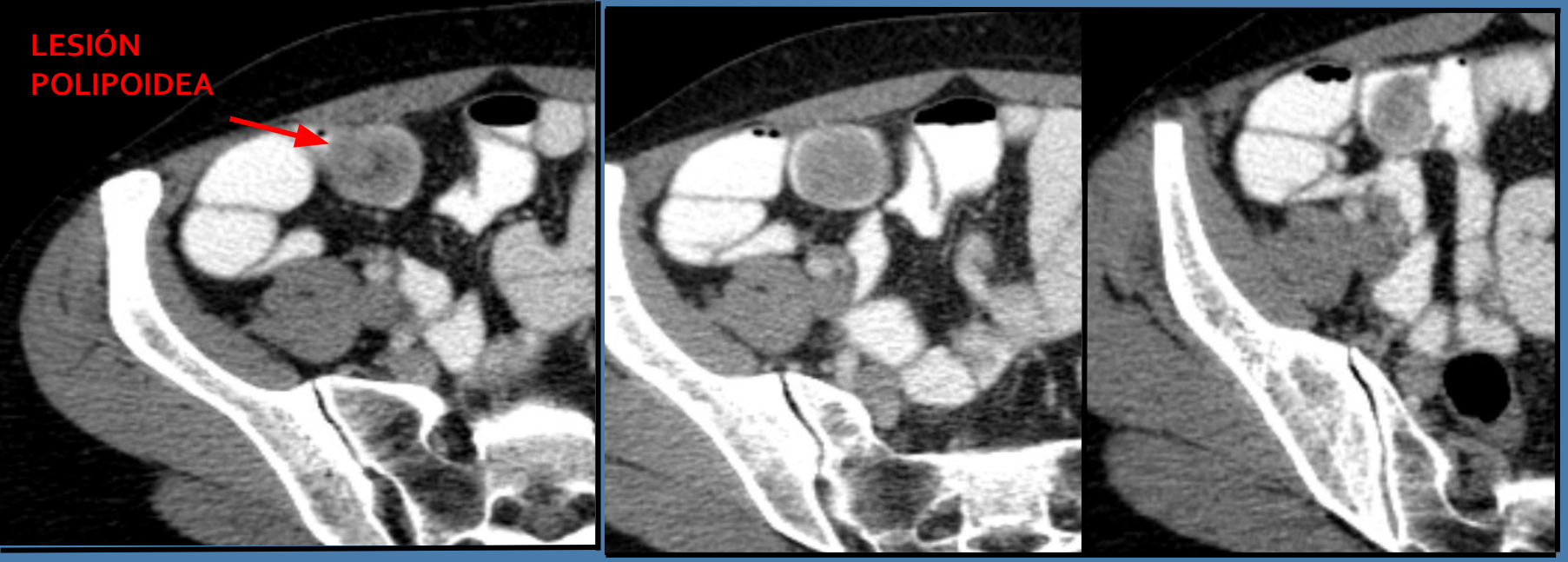
PRESENTACIÓN DE CASO:

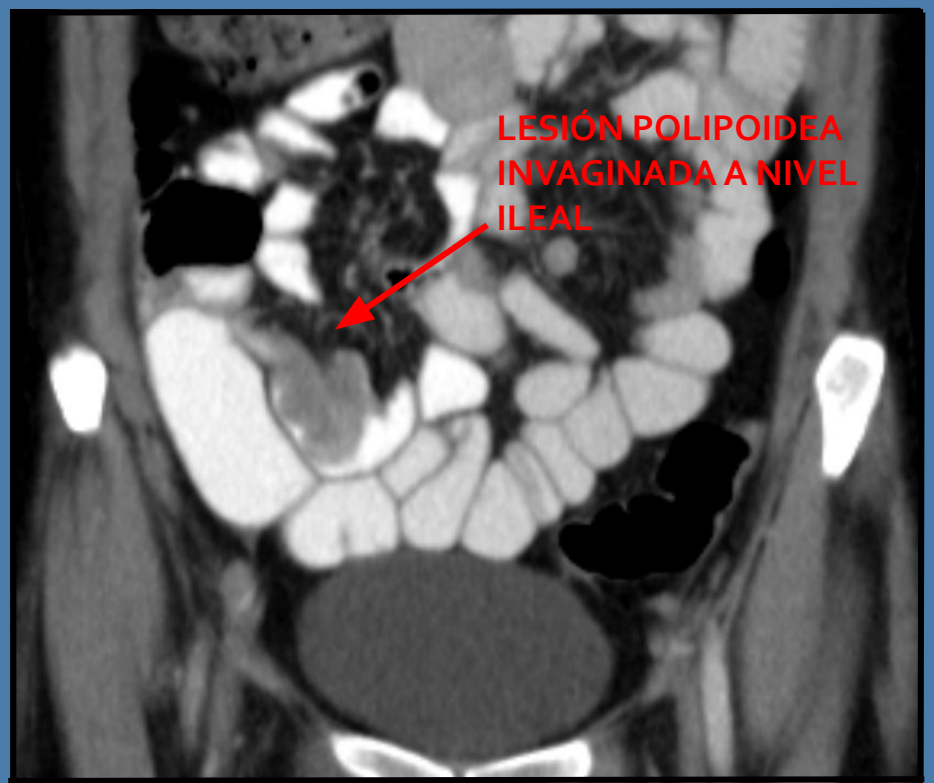
MUJER DE 42 AÑOS

MC: SÍNDROME ANÉMICO, DIARREA CRÓNICA

APP: HIPOTIROIDISMO

MH: LEVOTIROXINA





HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS:

LESIÓN POLIPOIDEA INVAGINADA A NIVEL DEL ÍLEON, DE 28 MM CON MODERADA CAPTACIÓN DE CONTRASTE EN FASE PORTAL.

DISCUSIÓN:

-EL TUMOR CARCINOIDE SE REFIERE A TUMOR NEUROENDOCRINO BIEN DIFERENCIADO, QUE SE ORIGINA EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL COMO ASÍ TAMBIÉN EN OTROS LUGARES COMO PULMONES, RIÑONES Y OVARIOS.

-SE DESCONOCE LA ETIOLOGÍA EXACTA, SON RELATIVAMENTE RAROS Y FRECUENTE EN PACIENTES ENTRE 60-70 AÑOS. LOS HALLAZGOS SON DETECTABLES EN IMÁGENES DE RUTINA.

-CLÍNICA: ASINTOMÁTICOS HASTA EN ETAPAS AVANZADAS Y LOS SINTOMÁTICOS PRESENTAN DOLOR ABDOMINAL, DIARREA CRÓNICA, SÍNDROME ANÉMICO, CALAMBRES ABDOMINALES, SIBILANCIAS.

-LOS CARCINOIDES DE INTESTINO DELGADO SE LOCALIZAN CON MÁS FRECUENCIA EN LA REGIÓN ILEAL A 60 CM DE LA VÁLVULA ILEOCECAL, MIENTRAS QUE LOS DE INTESTINO GRUESO PARTICULARMENTE EN EL CIEGO.

-COMPLICACIONES: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, PERFORACIÓN, SANGRADO.

-TTO: QUIRÚRGICO. EN EL CASO DE LAS LESIONES IRRESECABLES SE LOGRA EL CONTROL DE LOS SÍNTOMAS, DEL CRECIMIENTO TUMORAL Y ESTABILIZACIÓN DEL PERFIL BIOQUÍMICO.

CONCLUSIÓN:

LOS TUMORES CARCINOIDES DEL INTESTINO DELGADO, A MENUDO SON DE PEQUEÑO TAMAÑO Y EVOLUCIÓN RELATIVAMENTE LENTAS, LO QUE EXPLICA EL DIAGNÓSTICO TARDÍO O SU DESCUBRIMIENTO INTRAOPERATORIO.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SE PRESENTA COMO UNA MESENTERITIS ADHESIVA O UN SÍNDROME CARCINOIDE RARO QUE HACEN SOSPECHAR EL DIAGNÓSTICO.

EL DIAGNÓSTICO ES TANTO IMAGENOLÓGICO, DE LABORATORIO Y CONFIRMADOS POR ANATOMOPATOLOGÍA.

BIBLIOGRAFÍA:

1.

Campana D, Ravizza D, Ferolla P, Faggiano A, Grimaldi F, Albertelli M, Ricci C, Santini D, Brighi N, Fazio N, Colao A, Ferone D, Tomassetti P. Risk factors of type 1 gastric neuroendocrine neoplasia in patients with chronic atrophic gastritis. A retrospective, multicentre study. Endocrine. 2017 Jun;56(3):633-638.

2.

Rinzivillo M, Capurso G, Campana D, Fazio N, Panzuto F, Spada F, Cicchese N, Partelli S, Tomassetti P, Falconi M, Delle Fave G. Risk and Protective Factors for Small Intestine Neuroendocrine Tumors: A Prospective Case-Control Study. Neuroendocrinology. 2016;103(5):531-7.

3.

Blažević A, Hofland J, Hofland LJ, Feelders RA, de Herder WW. Small intestinal neuroendocrine tumours and fibrosis: an entangled conundrum. Endocr Relat Cancer. 2018 Mar;25(3):R115-R130.

4.

Kim JY, Hong SM, Ro JY. Recent updates on grading and classification of neuroendocrine tumors. Ann Diagn Pathol. 2017 Aug;29:11-16.

5.

Daskalakis K, Tsolakis AV. Upfront surgery of small intestinal neuroendocrine tumors. Time to reconsider? World J Gastroenterol. 2018 Aug 07;24(29):3201-3203.

6.

Moris D, Tsilimigras DI, Vagios S, Ntanasis-Stathopoulos I, Karachaliou GS, Papalampros A, Alexandrou A, Blazer DG, Felekouras E. Neuroendocrine Neoplasms of the Appendix: A Review of the Literature. Anticancer Res. 2018 Feb;38(2):601-611.

7.

Strosberg J. Neuroendocrine tumours of the small intestine. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2012 Dec;26(6):755-73.