

REPORTE DE CASOS

Resección Endoscópica de Tumor Carcinoide Rectal: Extracción Clásica y con Elevación Submucosa y Banda

Simón Yriberry Ureña*, Juan Combe Gutiérrez*, Fernando Barreda Bolaños*, Italo Landeo Aliaga*.

RESUMEN

El tumor carcinoide rectal aislado, puede ser resecado localmente. Existe preocupación sobre compromiso de los márgenes al ser estas lesiones mucosas pero con crecimiento hacia la sub-mucosa, al originarse en las células enterocromafines de Kutchinsky que limitan con esta última. Presentamos una serie de 6 casos de tumor carcinoide rectal tratados endoscópicamente con polipectomía, polipectomía con elevación y aplicación de banda elástica. Se revisa la tecnología actual, los beneficios de la elevación y los resultados de la técnica en el área de endoscopia del servicio de gastroenterología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

PALABRAS CLAVE: Carcinoide GI, Resección sub mucosa, Resección con banda.

Rev. Gastroenterol. Perú; 2010; 30-1: 60-64

ABSTRACT

Rectal isolated carcinoid tumor can be treated endoscopically and locally. There is concern about margin involvement due to the fact that there is inward migration of these lesions from the mucosa into deeper layers (submucosa), because of the internal origin in Kutchinsky cells, which are located between mucosa and submucosa (deep in the mucosa). We review and present 6 cases of rectal carcinoid tumors treated endoscopically with polypectomy, polypectomy plus sub mucosal elevation and band –snare-elevation resection. We review current techniques, benefits of elevation, and results from the Endoscopy Unit at the INEN or National Cancer Center (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas) in Lima-Perú.

KEY WORDS: GI Carcinoid, Sub mucosal resection, Band-snare resection.

* Médico Gastroenterólogo. Servicio de Gastroenterología. INEN. Lima-Perú.

INTRODUCCIÓN

La resección del tumor carcinoide rectal se asocia muchas veces a compromiso de los márgenes que obligan a nuevas intervenciones. Es conocido que este tipo de tumores que se originan en las células enterocromafines de Kutchinsky en la mucosa, se encuentran debajo de la capa epitelial en la base de las criptas de Lieberkuhn y por ello tienden a crecer hacia la submucosa. Los carcinoides rectales suelen representar el 1 a 2% de todas las neoplasias del recto. Más que serotonina, estos tumores expresan glucagón y péptidos tipo glicentina⁽¹⁻⁵⁾.

Se han presentado varios métodos para su completa extracción. Inyección submucosa, mucosectomía, resección quirúrgica en cuña, etc. La inyección sub mucosa previa permite elevar la capa mucosa y submucosa y separarla de la muscular propia. Este método además está asociado a menos complicaciones como perforación o daño térmico en capas profundas⁽¹⁻⁵⁾.

Sánchez Lihón de INEN ha presentado una interesante serie de 20 casos⁽⁶⁾. En un análisis de Modlin, también referido por Sánchez Lihón se estudiaron 13715 presentaciones en 50 años. El 67.5 % de casos se encuentra en el tracto digestivo. Estas cifras varían en otras publicaciones con rangos 55 a 74%. Incluso hay series que reportan hasta 95% de todos los carcinoides^(2,3,4).

En la literatura los carcinoides rectales constituyen el 10 a 17% de todos los carcinoides. Típicamente son lesiones solitarias, tipo nódulos sub-mucosos, en el recto medio, firmes, color blanco-amarillento, entre 4 a 8 cms de la unión ano-rectal. Se ubican indistintamente por sexo y en la 6ta década de vida^(6,7,8).

REPORTE DE CASOS

En la serie de INEN de los 20 casos 9 son varones y 11 mujeres. El Servicio de endoscopia trató 6 lesiones rectales. 5 resecciones fueron totalmente exitosas. En una se reporta compromiso de bordes.

Se trata de seis casos de lesiones rectales solitarias. 3 mujeres, 3 varones. Promedio de edad 53 años, rango 33-66. Todos evaluados por síntomas no relacionados a la

lesión (dolor abdominal, estreñimiento, baja de peso, entre otros).

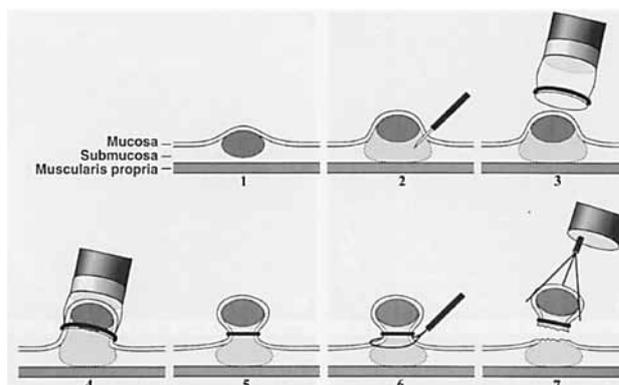
Cuatro lesiones encontradas eran tumores tipo polipoides menores de 2 cms. Otro paciente tuvo resección abdominal perineal por sospecha de compromiso de márgenes pero no se halló neoplasia en la pieza, lesión tipo serrada plana. Otra lesión es reportada como plana de 1 cm, no polipoides.

Los tamaños de las lesiones eran de 4 mm la menor y de 15 mm la mayor en el caso de lesiones polipoides. Los dos casos de lesiones no polipoides tipo planas midieron 4 mm y 1 cm. Todos los pacientes tuvieron estudio completo del tracto GI con endoscopia, radiología, tomografía descartando compromiso extra rectal. Ningún paciente tenía sintomatología de síndrome carcinoide.

Las lesiones fueron encontradas de manera incidental durante los exámenes de despistaje o búsqueda de patología neoplásica. En tres casos se hizo la resección inmediata. En 3 casos se tomó muestras de patología con diagnóstico de carcinoide. Se programó la resección después de una detallada explicación de riesgo y técnica a los pacientes.

En 1 caso se hizo polipectomía convencional, 1 casos se hizo polipectomía, previa elevación, un caso polipectomía con elevación y resección tipo mucosectomía con kneedle-knife. En tres casos de utilizó extracción con elevación y uso de banda.

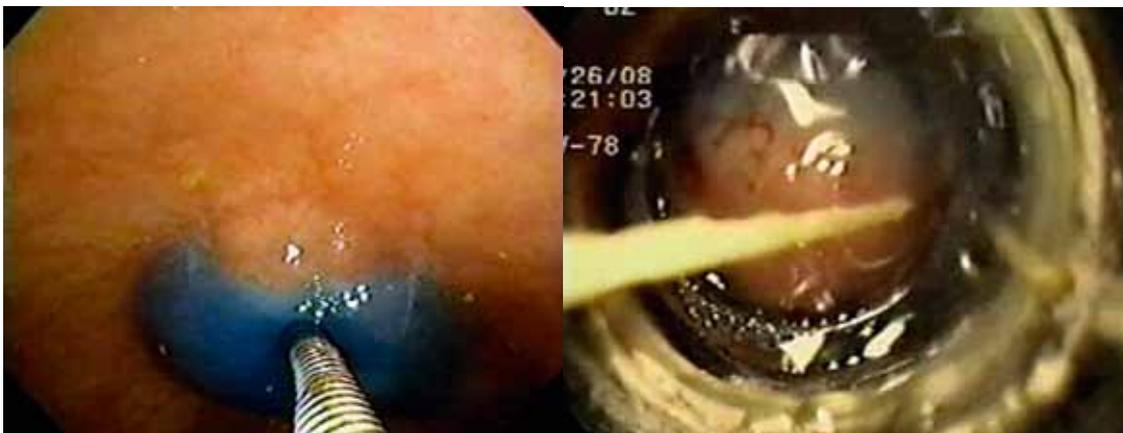
Se muestra esta última técnica.



Dibujo 1. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA. Modificado de Berkelhammer C, Jasper I, Kirvaitis E, Schreiber S, Hamilton J, Walloch J. "Band-snare" resection of small rectal carcinoid tumors. *Gastrointest Endosc* 1999;50:582-5 (Ref 10).



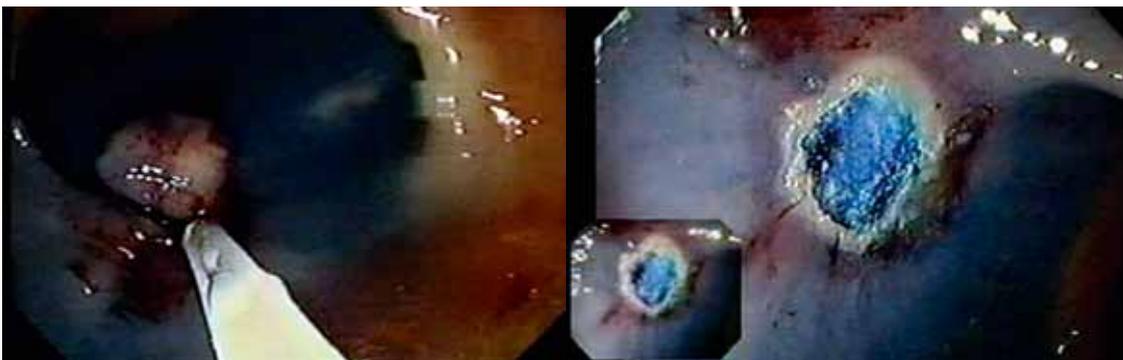
Fotografía 1ª y 1b. Vista de la lesión. Lesión Elevada Plana Con Ligera Depresión Central.



Fotografía 2ª. Inyección sub mucosa para separar la lesión de capas profundas y con azul de metileno para colorear la muscularis propia.
Fotografía 2b. Colocación de banda.



Fotografía 3ª. Lesión ya elevada y con banda colocada. Fotografía 3b. Corte con asa de platino.



Fotografía 4ª. Corte con corriente blend. Fotografía 4b. Escara y mucularis propia con tinte azul.



Fotografía 5. Visión de pieza operatoria.

REVISIÓN DE LA LITERATURA Y COMENTARIOS

De acuerdo a la revisión de Sánchez Lihón y la literatura consultada ⁽⁶⁾, las lesiones menores de 1 cm, van muy bien con tratamiento local, sea endoscópico o quirúrgico. La posibilidad de metástasis es de menos de 2%. De 1 a 1.9 cms 10-15%.

Las lesiones atípicas, no polipoides o mayores de 2 cms, tienen posibilidad de metástasis de 60 a 80% según las series. En estos casos la resección endoscópica no es recomendada ^(6,7,8).

Según cifras preliminares del Servicio de Estadística INEN, hay en el período 1997-2007, 122 casos de tumor carcinoide reportados, siendo de estos 93 casos del tracto GI (76.2%) y siendo 20 casos de carcinoide rectal (16.4%). Estas cifras serán complementadas para estudios futuros de otras localizaciones.

TUMOR CARCINOIDE				
AÑO	INCIERTO	MALIGNO	METASTASICO	TOTAL
1997		7	1	8
1998		15	3	18
1999	2	18	0	20
2000		12	3	15
2001	1	8	3	12
2002		8	2	10
2003		11	0	11
2004		9	1	10
2005		6	1	7
2006	2	5	0	7
2007		4	0	4

Nota : Las cifras de los años 2005, 2006 y 2007 son preliminares

*Fuente: Departamento de Estadística. INEN.

Además del tamaño como factor pronóstico, se incluye diferenciación celular. La histología con pobre diferenciación, invasión muscular o invasión linfática o vascular pueden cambiar la historia natural y la esperanza de curación. La mayoría de lesiones rectales son no funcionantes y por ello, no dan síndrome carcinoide ^(1, 6, 7, 8).

Debido a la excepcional posibilidad de metástasis para lesiones de hasta 10mm, la resección endoscópica suele ser curativa y la recomendamos para lesiones bien diferenciadas. Se prefiere la técnica con elevación según lo descrito, que facilita la extracción y disminuye el riesgo de dejar células. Si este fuera el caso debe considerarse complementar con tratamiento quirúrgico ^(9,10, 11).

En cuanto a la elevación, esta se complementa con colocación de banda o se puede cortar inmediatamente con asa, kneedle knife o bisturí endoscópico con tope de porcelana (IT knife). En la sustancia inyectada, se ha utilizado epinefrina 1/10000 con o sin azul de metileno o indigo carmín, solución fisiológica o sustancias hipertónicas como dextrosa al 50%. Las sustancias hipertónicas tienen mayor efecto en la elevación en tiempo.

En nuestros pacientes, revisando las historias y el trabajo de Sánchez Lihón ⁽⁶⁾, fuera de dos perdidos de vista, los otros cuatro pacientes han sido vistos varios años después (promedio 5) y están sanos.

Hoy en día los dispositivos para inyectar, colocar bandas y las asas de polipectomía están muy difundidos en nuestro medio.

REFERENCIAS

1. KULKE MH, MAYER RJ. Carcionoid Tumors. NEJM 1999; 340(11):858-868.
2. GODWIN JD II. Carcionoid tumors. An analysis of 2837 cases. Cancer 1975;36:560-9.
3. HAJDU SI, WINAWER SJ, MYERS WPL. Carcionoid tumors. A study of 204 cases. Am J Clin Pathol 1974;61:521-8.
4. IRVIN MM, ANDRAS S. An analysis of 8305 cases of carcionoid tumors. Cancer 1997;79:13-29.
5. KVOLS LK. Gastrointestinal carcionoid tumors and the malignant carcionoid syndrome. In: Feldman M, Scharschmidt B, Sleisenger M, editors. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1997. p. 1831-43.
6. SÁNCHEZ LIHÓN, J. Tumor carcionoide del recto correlación clínico-patológica. Rev. Gastroenterol. Perú; 2009; 29-2: 140-146.
7. SAUVEN P, RIDGE JA, QUAN SH, SIGURDSON ER. Anorectal carcionoid tumors. Is aggressive surgery warranted? Ann Surg 1990;212:650-1.
8. SOGA J. Carcionoids of the rectum: an evaluation of 1272 reported cases. Surg Today 1997;27:112-9.
9. AKIKO ONO, TAKAHIRO FUJII, YUTAKA SAITO, TAKAHISA MATSUDA, DANIEL T.Y. LEE, TAKUJI GOTODA, DAIZO SAITO Endoscopic submucosal resection of rectal carcionoid tumors with a ligation device. Gastrointestinal Endoscopy 2003; 57(4):583-587.
10. BERKELHAMMER C, JASPER I, KIRVAITIS E, SCHREIBER S, HAMILTON J, WALLOCH J. "Band-snare" resection of small rectal carcionoid tumors. Gastrointest Endosc 1999;50:582-5.
11. HIGAKI S, NISHIAKI M, MITANI N, YANAI H, TADA M, OKITA K. Effectiveness of local endoscopic resection of rectal carcionoid tumors. Endoscopy 1997;29:171-5.