

Presentación de Caso

Tumor carcinoide típico

Autores: Yusbiel José León Valdivies*; Reinaldo Bárbaro Sánchez de la Osa**; Drialis Días Garrido**; Mercedes García de la Paz de la Osa***, Carlos Enriquez Acosta****.

* Máster en enfermedades infecciosas. Especialista de primer grado en Imagenología. Jefe del departamento de Radiología del Hospital Neumológico Benéfico Jurídico.

** Residente de primer año de la Especialidad de Neumología. Hospital Neumológico Benéfico Jurídico

***Máster en enfermedades infecciosas. Especialista de primer grado en Neumología. Hospital Neumológico Benéfico Jurídico.

****Residente de primer año de la Especialidad de Medicina Intensiva y Emergencias

**Editorial: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.
CP 10400.**

geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: “Envejecimiento, Longevidad y Salud”.

Summary

Case of a typical carcinoid tumor, in a 73-year-old patient, in the Hospital Juridical Beneficent Neumological, that manifests the atypical of a process tumoral. The importance recognized of carrying out a detailed clinical history, a meticulous physical exam and the appropriate employment of the diagnostic means for the diagnosis of entities that being typical histopathologically, they presented clinically in a non-typical way in this population. You concluded that the clinical diagnosis belonged together with the, b histopathological, assign us of that we always think that it was a tumor of low malignancy, but the probability that it was a tumor typical carcinoid, for us it was tiny.

Key words: Typical Carcinoid Tumor, elderly

Resumen

Se presenta caso de tumor carcinoide típico, en una paciente de 73 años, en el Hospital Neumológico Benéfico Jurídico, que manifiesta la atipicidad de un proceso tumoral. Se reconoce la importancia de realizar una historia clínica detallada, un minucioso examen físico y el empleo adecuado de los medios diagnósticos para el diagnóstico de entidades que siendo histopatológicamente típicos, se presentan clínicamente de manera no típica

en esta población. Se concluyó que el diagnóstico clínico se correspondió con el histopatológico, basándonos en que siempre pensamos que fuera un tumor de baja malignidad, pero la probabilidad de que fuera un tumor carcinoide típico, para nosotros era ínfima.

Palabras claves: Tumor Carcinoide Típico, anciano.

Introducción

Los tumores neuroendocrinos pulmonares constituyen un grupo bien definido dentro de la clasificación de la OMS. La clasificación de los tumores carcinoides en típicos y atípicos basada en criterios morfológicos permite establecer el pronóstico, con independencia del estadio. ⁽¹⁾

Los tumores neuroendocrinos pulmonares representan un 20% de los carcinomas pulmonares y constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias con morfología, comportamiento y pronóstico muy diferentes. ⁽²⁻⁵⁾

Durante años las dos únicas entidades reconocidas y discutidas de este grupo fueron el tumor carcinoide y el carcinoma de célula pequeña (CCP) ^(6,7). Aunque la distinción entre tumores carcinoides típicos (TCT) y atípicos (TCA) fue descrita por Engelbrech-Holm en 1944 ⁽⁸⁾, no fue hasta 1972 en que Arrigoni propone unos criterios histológicos para separar estos dos tipos, al observarse un comportamiento más agresivo de los TCA ⁽⁹⁾.

Los Tumores carcinoides se consideran neoplasias malignas de bajo grado y constituyen un 1-2% de los tumores pulmonares ^(3,11-13). Los hallazgos clínicos más comunes son la hemoptisis, la neumonía obstructiva, la infección pulmonar recidivante y la disnea ^(13,14). Ocurren con igual frecuencia en hombres y mujeres y la edad media de aparición son los 55 años. Pueden aparecer en niños y adolescentes, donde es el tumor bronquial más frecuente. Se asocian con síndromes paraneoplásicos como síndrome carcinoide, síndrome de Cushing y acromegalia. Pueden aparecer en el contexto de síndrome de MEN 1 o en formas familiares sin mutación del gen del MEN 1 ⁽¹⁵⁾.

Estos tumores pueden ser centrales o periféricos (16-40%) ^(3, 14,15). Los centrales tienen un tamaño medio de 3 cm, y presentan componente endobronquial en forma de masa polipoide que protruye en la luz. Este crecimiento es más común en los carcinoides

típicos que en los atípicos. El tumor puede infiltrar el cartílago bronquial y extenderse al parénquima pulmonar adyacente. Por el contrario, los tumores carcinoides periféricos tienden a ser más pequeños, 2,5 cm de media, están situados en el parénquima subpleural y a menudo no presentan relación anatómica con la pared bronquial. Suelen estar bien delimitados pero no encapsulados, ser múltiples y asociarse a tumorlets ⁽¹²⁾. En un 39% de los tumores carcinoides centrales y en un 8% de los periféricos, con los estudios imagenológicos se puede identificar calcificación intratumoral ⁽¹⁶⁾.

El tratamiento de elección es la cirugía, mediante lobulectomía con disección ganglionar, siempre que sea posible ^(17,18). Un 10-28% de los TCT presentan metástasis en el momento del diagnóstico ^(14, 19,20). La supervivencia a los 10 años se acerca al 90%, incluso en casos con metástasis ^(4, 14, 19, 21). Los TCT, con independencia del estadio, presentan buen pronóstico con una supervivencia a los 10 años de casi el 90%. En el caso de los TCA la supervivencia a los 10 años se reduce a un 25-69% ^(2, 4, 18, 19, 21, 22).

Las tendencias actuales epidemiológicas evidenciadas por el por ciento cada vez mayor de adultos mayores, actualmente en un 18,3 % en nuestro país y donde las causas de mortalidad por cáncer empiezan a superar a las causas cardiovasculares en este grupo y en ambos sexos, nos hacen enfrentarnos cada vez más a estas entidades en los adultos mayores donde la supervivencia va en aumento entre otras por los avances tecnológicos y éxitos de las políticas de salud.

Resumen Historia Clínica

Paciente, de 73 años de edad, jubilada, del sexo femenino, natural de La Habana, que acude a consulta del Hospital Neumológico Benéfico Jurídico, espontáneamente porque desde hace un mes comenzó con un cuadro febril, presentando valores de temperatura diariamente que oscilaban hasta 38 ° C, sin ritmo horario, que aunque cedía temporalmente con los medicamentos reaparecía y se acompañaba de tos y expectoración escasa. La tos era húmeda, que no encontraba alivio con los antitusígenos y que producía una expectoración blanquecina. Por tal motivo recibió tratamiento con azitromicina (500mg) 1 tab diaria por v/oral por 6 días y gentamicina (80mg/2ml) 1 ámp. C/12h por vía im por 7 días. Aun así el cuadro no remite. Además refiere que ha ido

perdiendo habilidades/ funciones relaciones a las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD) que ha hecho que pida ayuda a sus hijos. Por tal motivo es ingresada.

Entre los parámetros que se recogieron, se encuentran los datos relativos a la edad, ocupación, sexo, sintomatología referida en el momento de la entrevista, así como los antecedentes personales y familiares. El paciente refiere antecedentes de salud. El interrogatorio por aparatos no aportó datos de interés.

Examen físico

Se constataron mucosas hipocoloreadas, tórax en tonel.

Murmullo vesicular disminuido en el hemitorax derecho, se auscultan estertores crepitantes en base pulmonar derecha.FR: 18/mt.

Tensión arterial de 115/70 mmHg y la FC-79/min.

Temperatura axilar constatada: 37,5°C.

Se realizaron exámenes complementarios de laboratorio, imagenológicos, e histológicos.

Presentación del caso

Presentamos caso de una paciente dónde se diagnosticó un tumor carcinoide típico, en el Hospital Neumológico Benéfico Jurídico y tratado quirúrgicamente en en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. (INOR)

Resultados

Exámenes complementarios

Coágulo retráctil, Hb: 10.6 g/dL, hematocrito: 35 vol. %, Eritro: 71 mm/hr, Leuc.: 7.9 x 10⁹/L P-043 L-57, plaquetas-213 x 10⁹/L.

Creatinina-114mmol/l, glicemia-6.5 mmol/l, grupo sanguíneo- A positivo.

Tomografía Computarizada, en la cual se observó consolidación del espacio aéreo con broncograma y bronquiectasias del segmento posterior del lóbulo superior derecho. Se observa un infiltrado intersticial periférico e infiltrado alveolar a forma de árbol en brote. Se observa una masa intrabronquial derecha (Bronquio intermediario) y calcificaciones ganglionares mediastinales.

Imagen. 1

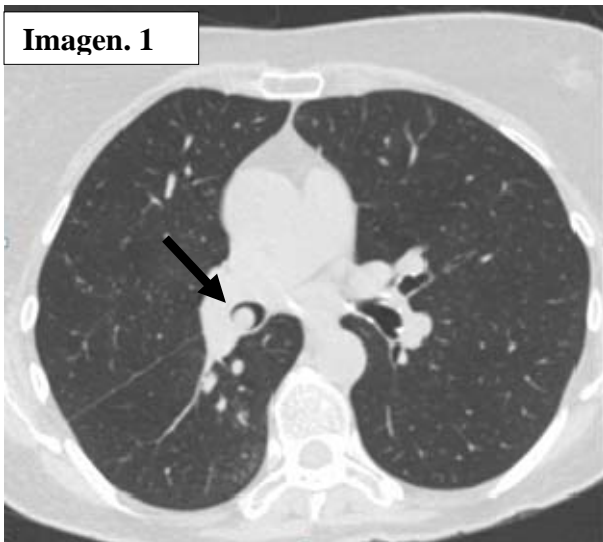


Imagen 1: Se observa una masa intrabronquial derecha (Flecha negra)

Imagen. 2

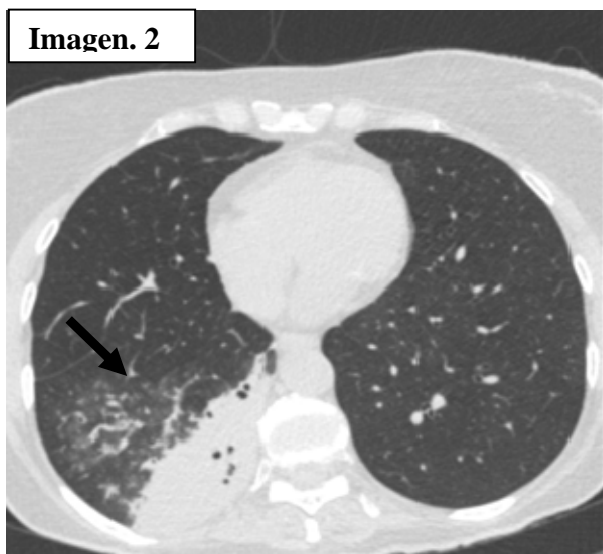


Imagen 2: Se observa condensación del espacio aéreo (Flecha negra)

En la broncoscopia, en el árbol bronquial derecho, se observó una masa muy vascularizada, redondeada que ocluye totalmente la luz inmediatamente en bronquio intermediario. No se visualizan los segmentos basales. Se realizan 4 ponches. Sangramiento moderado. Árbol bronquial izquierdo: Signos de bronquitis. A las secreciones bronquiales se les realizó análisis citológico, BAAR, bacteriológico, micológico, los cual fueron todos negativos y se realizó biopsia endobronquial. También se efectuó el análisis de la evolución clínica del caso, así como su pronóstico.

Discusión

En la discusión de este caso se planteó:

- ✓ Pérdida de funciones
- ✓ Síndrome febril prolongado
- ✓ Neoplasia de pulmón posible
- ✓ Anemia moderada

Ante esta paciente de procedencia urbana con fiebre de un mes de evolución, con tos que no responde a tratamiento y expectoración blanquecina, con pérdida de funciones a las AIVD y constadas por escala de Lawton-Brody y que al examen físico presenta una disminución del murmullo vesicular unilateral, con mucosas hipocoloreadas, así como crepitantes en base pulmonar derecha, planteamos un proceso tumoral, que por no presentarse con un síndrome general pensamos que sea de baja malignidad, con una neumonía de base pulmonar derecha y anemia asociada.

En este caso no se dejó de tener en cuenta la posibilidad de una tumoración maligna, aun cuando estas en su comienzo presentan generalmente toma marcada del estado general y su evolución es más agresiva. No obstante tratándose de un adulta mayor consideramos que la formas de presentación no son las típicas como en casos más jóvenes, dónde hay pérdidas de las funciones, asociadas a manifestaciones clínicas como es este caso.

La posibilidad de que se tratara de la aspiración de un cuerpo extraño se consideró fuera mucho menor, ya que no se recoge el antecedente y es un cuadro que es mucho más

frecuente en niños, alcohólicos y retrasados mentales y al examen físico además del murmullo vesicular está disminuido unilateral o globalmente según la posición del mismo, se pueden auscultar sibilantes.

Posteriormente se recibió el informe del departamento de Anatomía Patológica del análisis de la biopsia realizada por vía endoscópica: donde histopatológicamente se diagnosticó un tumor carcinoide típico.

Este resultado exalta la atipicidad de un tumor carcinoide típico, el cual se presenta comúnmente con baja frecuencia (1% al 2% de los tumores de pulmón), con una edad media de presentación de 55 años con igual frecuencia para hombres como para mujeres y los hallazgos clínicos más comunes son la hemoptisis, la neumonía obstructiva, la infección pulmonar recidivante y la disnea.

La paciente se remite al Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) para su tratamiento médico y quirúrgico

Referencias bibliográficas:

1. F. Ignacio Aranda, Cristina Alenda, Francisca M. Peiró, Gloria Peiró Revista española de patología Vol. 36, n.º 4, 2003.
2. Travis WD, Linnoila RI, Tsokos MG, Hitchcock CL, Cutler GB Jr, Nieman L, Chrousos G, Pass H, Doppman J. Neuroendocrine tumors of the lung with proposed criteria for large-cell neuroendocrine carcinoma. An ultrastructural, immunohistochemical, and flow cytometry study of 35 cases. Am J SurgPathol 1991; 15: 529-53.
3. Vuitch F, Sekido Y, Fong K, Mackay B, Minna JD, Gazdar AF. Neuroendocrine tumors of the lung. Pathology and molecular biology. Chest SurgClin N Am 1997; 7: 21-47.
4. Travis WD, Rush W, Flieder DB, Falk R, Fleming MV, Gal AA, Koss MN. Survival analysis of 200 pulmonary neuroendocrine tumors with clarification of criteria for atypical carcinoid and its separation from typical carcinoid. Am J SurgPathol 1998; 22: 934-44.

5. Younossian AB, Brundler MA, Totsch M. Feasibility of the new WHO classification of pulmonary neuroendocrine tumours. *Swiss Med Wkly* 2002; 132: 535-40.
6. Bensch KG, Corrin B, Pariente R, Spencer H. Oat-cell carcinoma of the lung. Its origin and relationship to bronchial carcinoid. *Cancer* 1968; 22: 1163-72.
7. Fisher ER, Palekar A, Paulson JD. Comparative histopathologic, histochemical, electron microscopic and tissue culture studies of bronchial carcinoids and oat cell carcinomas of lung. *Am J Clin Pathol* 1978; 69: 165-72.
8. Engelbrech-Holm J. Benign bronchial adenomas. *Acta Chir Scand* 1944; 90: 383-409.
9. Arrigoni MG, Woolner LB, Bernatz PE. Atypical carcinoid tumors of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1972; 64: 413-421.
10. Travis WD, Colby T, Corrin B, Shimosato Y, Brambilla E. Histological typing of lung and pleural tumours. World Health Organization International Histological Classification of Tumours. 3rd ed., Berlin: Springer-Verlag; 1999.
11. Gosney JR. Endocrine pathology of the lung. En: Antony PP, McSween RNM, editors. *Recent Advances in Histopathology*, n.º 16. Edinburg: Churchill-Livinstone; 1994.
12. Colby TV, Koss MN, Travis WD, editors. Tumors of the lower respiratory tract. Atlas of Tumor Pathology, third series, Washington DC: AFIP; 1995.
13. Hage R, de la Riviere AB, Seldenrijk CA, van den Bosch JM. Update in pulmonary carcinoid tumors: a review article. *Ann Surg Oncol* 2003; 10: 697-704.
14. Fink G, Krelbaum T, Yellin A, Bendayan D, Saute M, Glazer M, Kramer MR. Pulmonary carcinoid: presentation, diagnosis, and outcome in 142 cases in Israel and review of 640 cases from the literature. *Chest* 2001; 119: 1647-51.
15. Oliveira AM, Tazelaar HD, Wentzlauff KA, Kosugi NS, Hai N, Benson A, Miller DL, Yang P. Familial pulmonary carcinoid tumors. *Cancer* 2001; 91: 2104-9.
16. Zwiebel BR, Austin JH, Grimes MM. Bronchial carcinoid tumors: assessment with CT of location and intratumoral calcification in 31 patients. *Radiology* 1991; 179: 483-6.

17. Garcia-Yuste M, Matilla JM, Alvarez-Gago T, Duque JL, Heras F, Cerezal LJ, Ramos G. Prognosticfactors in neuroendocrineltumors: a SpanishMulticenterStudy. Spanish Multicenter Study of Neuroendocrine Tumors of the Lung of the Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (EMETNE-SEPAR). Ann ThoracSurg 2000; 70: 258-63.
18. Huang Q, Muzitansky A, Mark EJ. Pulmonary neuroendocrine carcinomas. A review of 234 cases and a statistical analysis of 50 cases treated at one institution using a simple clinicopathologic classification. ArchPatholLab Med 2002; 126: 545-53.
19. Thomas CF Jr, Tazelaar HD, Jett JR. Typical and atypical pulmonary carcinoids: outcome in patients presenting with regional lymph node involvement. Chest 2001; 119: 1143-50.
20. Granberg D, Eriksson B, Wilander E, Grimfjard P, Fjallskog ML, Oberg K, Skogseid B. Experience in treatment of metastatic pulmonary carcinoid tumors. Ann Oncol 2001; 12: 1383-91.
21. Filosso PL, Ruffini E, Oliaro A, Papalia E, Donati G, Rena O. Long-term survival of atypical bronchial carcinoids with liver metastases, treated with octreotide. Eur J CardiothoracSurg 2002; 21: 913-7.
22. Gaffey MJ, Mills SE, Frierson HF Jr, Askin FB, MaygardenSJ. Pulmonary clear cell carcinoid tumor: another entity in the differential diagnosis of pulmonary clear cell neoplasia. Am J SurgPathol 1998; 22: 1020-5.