

Tumor neuroendocrino gástrico manejado de manera endoscópica, un caso de éxito

Ma. Victoria Rendón-Camarillo*, Mónica Heredia-Montaño, Omar Sosa-Sánchez y Manuel E. Luis-Martínez

Departamento de Cirugía general, Hospital Universitario Puebla, Pue., México

Resumen

Los tumores neuroendocrinos gástricos son neoplasias derivadas de las células de tipo entero cromafín de la mucosa gástrica. Lesiones de comportamiento indolente y diferenciación neuroendocrina; su incidencia ha aumentado por el uso generalizado de endoscopia digestiva. Caso: mujer de 48 años con tumor gástrico, visualizado por endoscopia y confirmado por histología, como neuroendocrino bien diferenciado de estómago, grado 1. **Conclusiones:** Se resuelve con resección endoscópica de la submucosa con resultado satisfactorio.

Palabras clave: Tumor neuroendocrino. Resección endoscópica. Neoplasia.

Gastric neuroendocrine tumours endoscopically managed, a success story

Abstract

Gastric neuroendocrine tumours are neoplasm derived from enterochromaffin cells in the gastric mucosa. Indolent lesions of neuroendocrine differentiation; their incidence has increased owing to the generalised use of digestive endoscopy. Case: 48-year-old female with gastric tumour, observed during endoscopy, and confirmed through histopathological study as highly differentiated neuroendocrine of the stomach, grade 1. **Conclusions:** It is resolved with endoscopic resection of the submucosa with a satisfactory result.

Keywords: Neuroendocrine tumour. Endoscopic resection. Neoplasm.

Introducción

Los tumores neuroendocrinos gástricos (TNEG) representan las neoplasias neuroendocrinas más frecuentes y son más diagnosticados por el uso de endoscopia. Suelen ser lesiones solitarias, más frecuentes en hombres, edad promedio entre 60-70 años¹.

Los pacientes son asintomáticos hasta la fase avanzada; los síntomas son efecto compresivo local,

fibrosis o secreción de productos bioactivos, produciendo síndrome carcinoide².

Se originan de células de tipo enterocromafines, productoras de histamina, de somatostatina, gastrina o serotonina, se suelen localizar en el antro gástrico y hasta un 18% son malignos³.

El pronóstico depende de la localización, tamaño, invasión, compromiso de ganglios linfáticos y metástasis. Se realiza resección endoscópica si es menor a

*Correspondencia:

Ma. Victoria Rendón-Camarillo

E-mail: victoriarendoncamarillo@gmail.com

0188-9893/© 2023. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 09-02-2023

Fecha de aceptación: 28-04-2023

DOI: 10.24875/END.23000005

Disponible en internet: 17-11-2023

Endoscopia. 2022;34(4):117-119

www.endoscopia-ameg.com

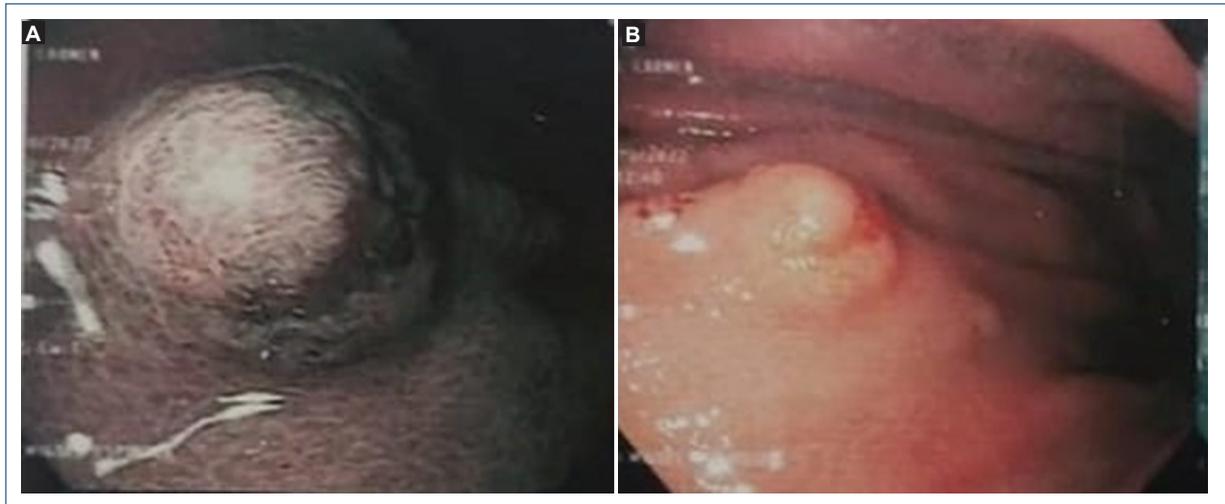


Figura 1. A: lesión semielevada con depresión central. **B:** patrón de criptas largo y depresión avascular.

1 cm, o se encuentra 1-2 cm sin infiltración o metástasis regionales, la cual es una alternativa eficaz y segura⁴.

La cirugía es el tratamiento más efectivo para el control de la enfermedad. El tratamiento quirúrgico aumenta la supervivencia 35% más a cinco años en pacientes sin metástasis y con respecto a los pacientes con metástasis.

Caso clínico

Mujer de 48 años, antecedente de colecistectomía laparoscópica y funduplicatura tipo Nissen por esófago de Barrett sin displasia y hernia hiatal tipo I, en control endoscópico en el que se encuentra: en cuerpo medio lesión semielevada de aproximadamente 15 x 20 mm con depresión central, zonas de hiperemia y palidez, patrón micronodular. Hiato cerrado por rodete de mucosa gástrica. Se realiza biopsia, la cual reporta: neoplasia neuroendocrina de bajo grado y gastritis moderada con *Helicobacter pylori* y «adenoma gástrico», se da terapia antibiótica erradicadora de *H. pylori*.

La paciente presenta pirosis y se realiza panendoscopia, encontrando en cuerpo medio sobre la curvatura mayor una lesión semielevada de aproximadamente 18 x 12 x 8 mm con depresión central (Fig. 1 A y B). Se realiza ultrasonido endoscópico, encontrando tumor de 7.8 x 5 mm de diámetro en cuerpo gástrico hacia la curvatura mayor dependiente *muscularis*

mucosae y que se extiende hasta la submucosa sin rebasarla. Por ello se realiza resección endoscópica de la submucosa.

Comentarios

Los tumores neuroendocrinos gástricos son lesiones raras con comportamiento indolente y diferenciación neuroendocrina, representan del 0.3 al 1.8% de todos los tipos de cáncer gástrico; su incidencia ha aumentado debido al uso generalizado de endoscopia digestiva. Los síntomas comunes son: dolor abdominal, pérdida de peso y cambios en el patrón intestinal. Son útiles para el diagnóstico y clasificación la cromogranina A y la sinaptofisina. La supervivencia de los pacientes depende principalmente del tipo de tumor y del estadio en el momento del diagnóstico. La tasa de supervivencia a cinco años es del 71-21.2% con metástasis y el 64.5-69.1% sin metástasis.

Los pacientes con enfermedad localizada se benefician con el tratamiento endoscópico, por lo que resulta inminente la necesidad de un diagnóstico temprano y para aumentar la supervivencia del paciente.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencia de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Dr. José Miguel Espinoza González por haber colaborado en la realización del procedimiento endoscópico y otorgar las facilidades para la obtención de las imágenes de este.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado

de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Vintimilla Pogo YE, Bermejo Álvarez AM, Urgilés Rivas MV, Uyaguari Díaz LM. Caso clínico: Tumor neuroendocrino gástrico. *Revista Médica HJCA*. 2018;10(2):155-9.
2. Ortiz de Solórzano-Aurusa FJ, Moreno-Racionero F, de Andrés-Asenjo B, Fernández-Salazar L, Borrego-Pintado H, Juárez-Ezequiel H, et al. Tumor neuroendocrino del estómago. ¿Un tumor pequeño o un gran problema emergente? *Rev ACAD*. 2016;32(4):124-29.
3. Ortiz de Solórzano-Aurusa FJ, Moreno-Racionero F, de Andrés-Asenjo B, Fernández Salazar L, Borrego Pintado H, Juárez Ezequiel M, et al. Tumor neuroendocrino del estómago. ¿un tumor pequeño o un gran problema emergente? *Rev ACAD*. 2016;32(4):124-9.
4. Zúñiga Monge D. Revisión Bibliográfica. Tumores neuroendocrinos gastrointestinales. *Medicina Legal de Costa Rica*. 2013;30(1):89-98.