

Carcinoma neuroendocrino de colon: reporte de un caso

Iris G. Carranza-Mendoza^{1*}, Gerardo A. Morales-Fuentes^{1,2} y Alejandra Zárate-Osorno³

¹Servicio de Gastroenterología; ²Servicio de Endoscopia; ³Servicio de Patología. Hospital Español de México, Ciudad de México, México

Resumen

Se presenta el caso de una paciente con rectorragia de una semana de evolución sin antecedentes mórbidos de relevancia ni historia familiar conocida. Se realizó colonoscopia, demostrando una tumoración en colon ascendente, concluyendo en neoplasia neuroendocrina grado 3.

Palabras clave: Carcinoma neuroendocrino. Cáncer de colon. Colonoscopia. Colon ascendente.

Neuroendocrine carcinoma of the colon: case report

Abstract

A case report of a patient with rectal bleeding of one week evolution with no relevant morbid history or known family history. A colonoscopy was performed, showing a tumor in the ascending colon, concluding in grade 3 neuroendocrine neoplasia.

Keywords: Neuroendocrine carcinoma. Colon cancer. Colonoscopy. Ascending colon.

Introducción

Los tumores neuroendocrinos (NET) de tubo digestivo son una entidad rara, sin embargo los avances en el diagnóstico histológico han permitido una mejor identificación y clasificación de estos tumores¹. Debido al número creciente de muestras con una morfología bien diferenciada y un índice Ki-67 alto (> 20%), la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2017 se ha actualizado con la introducción de una nueva categoría denominada tumores neuroendocrinos bien diferenciados grado 3 (NET G-3)². Inicialmente esta terminología se validó solo para sitios pancreáticos, pero luego se extendió a todos los tumores neuroendocrinos del tracto digestivo. Por tanto, los datos epidemiológicos y terapéuticos sobre los NET G-3 aún son escasos³.

Presentación del caso

Paciente de sexo femenino de 42 años, sin antecedentes de relevancia ni historia familiar conocida. Presenta cuadro clínico de una semana de evolución caracterizado por rectorragia y dolor abdominal tipo cólico localizado en flanco derecho, no asociado a pérdida de peso u otra sintomatología. Al examen físico, abdomen distendido con dolor a la palpación en flanco derecho. Se realizó tomografía de abdomen identificando engrosamiento de la pared a nivel del ciego, con disminución de la luz, adenopatías retroperitoneales y moderada captación heterogénea. Sin datos de metástasis. La colonoscopia demostró en colon ascendente una lesión que abarcaba casi la totalidad de la circunferencia, con bordes exofíticos, patrón

Correspondencia:

*Iris G. Carranza-Mendoza
E-mail: iris.gcm@gmail.com

Fecha de recepción: 06-02-2022
Fecha de aceptación: 07-03-2022
DOI: 10.24875/END.22000007

Disponible en internet: 14-10-2022
Endoscopia. 2021;33(4):155-157
www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2022. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

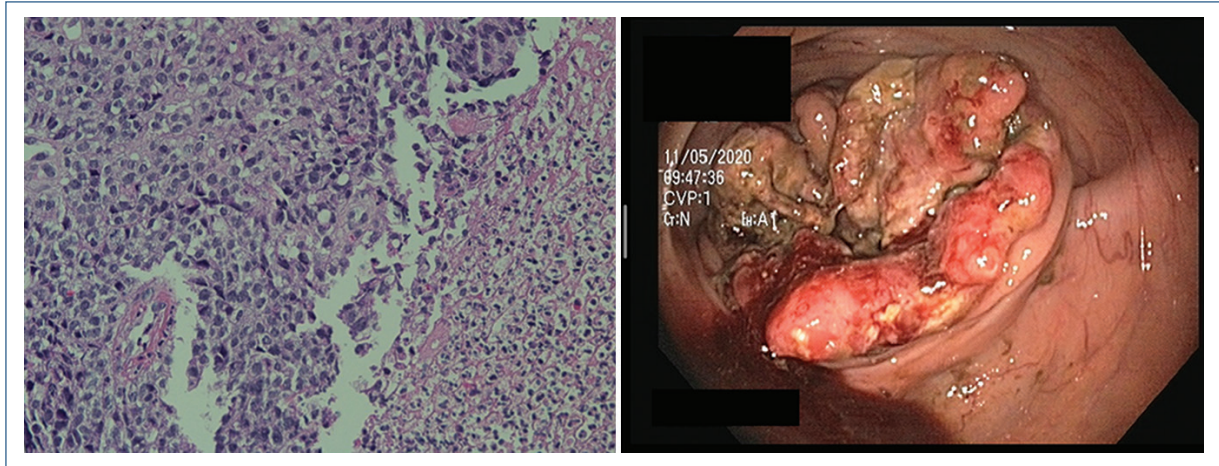


Figura 1. Carcinoma neuroendocrino poco diferenciado. Las células malignas tienen un núcleo prominente, con zonas de necrosis (hematoxilina-eosina).

mucoso perdido y el centro de la lesión ulcerada. El reporte histopatológico reportó carcinoma neuroendocrino poco diferenciado de alto grado (neoplasia neuroendocrina grado 3 de acuerdo con la clasificación de la OMS). Inmunohistoquímica: CD56 (-), cromogranina (+), sinaptofisina (+), CDX-2 (+) y Ki-67 80% (Fig. 1).

Discusión

Aproximadamente el 7.5% de los NET son de origen colónico y generalmente se descubren de forma incidental en estudios de colonoscopia. Tienden a ser más agresivos, poco diferenciados y hasta un 40% son de alto grado (G3)⁴. Las neoplasias neuroendocrinas de recto generalmente son lesiones pequeñas (< 1 cm) y con malignidad histológica baja a moderada (G1, G2), mientras que las de colon son más agresivas, poco diferenciadas y más malignas (G3)⁵. Los bien diferenciados generalmente son indolores y pueden estar asociados a síndromes hormonales y, en ocasiones, síndromes tumorales hereditarios como la neoplasia endocrina múltiple. Por el contrario, los poco diferenciados tienden a ser agresivos, raramente se asocian a síndromes hormonales y generalmente no tienen factores de riesgo asociados⁶. En cuanto a la edad, algunos estudios sugieren que los pacientes con NET G-3 son más jóvenes en el momento del diagnóstico (mediana de 52 años)⁷. Aproximadamente el 30-40% de estos tumores tienen metástasis en el momento del diagnóstico, se cree que esto puede ser debido a la detección tardía por la ausencia de síntomas en la enfermedad temprana. Las metástasis se presentan en hígado, ganglios

linfáticos, mesenterio y peritoneo. Los síntomas que pueden presentarse son similares a los adenocarcinomas de colon e incluyen diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso, hemorragia, anemia, obstrucción intestinal y una masa palpable⁸. No existe un marcador específico para las NET colorrectales. La determinación de la concentración sérica de cromogranina A sigue siendo el método más valioso de seguimiento, tratamiento y pronóstico del curso de la enfermedad, al estar elevada puede correlacionarse con la gravedad de la enfermedad⁹. En los NET no metastásicos, las guías europeas y americanas recomiendan la resección quirúrgica independientemente de la clasificación y diferenciación del tumor^{4,10}.

Financiamiento

No hubo ninguna fuente de apoyo financiero.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

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.

Bibliografía

1. Fazio N, Milione M. Heterogeneity of grade 3 gastroenteropancreatic neuroendocrine carcinomas: New insights and treatment implications. *Cancer Treat Rev.* 2016;50:61-7.
2. Perren A, Couvelard A, Scoazec J-Y, Costa F, Borbath I, Delle Fave G, et al. ENETS Consensus Guidelines for the Standards of Care in Neuroendocrine Tumors: Pathology - Diagnosis and Prognostic Stratification. *Neuroendocrinology.* 2017;105(3):196-200.
3. Williamson LM, Steel M, Grewal JK, Thibodeau ML, Zhao EY, Loree JM, et al. Genomic characterization of a well-differentiated grade 3 pancreatic neuroendocrine tumor. *Cold Spring Harb Mol Case Stud.* 2019;5(3):a003814.
4. Ramage JK, De Herder WW, Delle Fave G, Ferolla P, Ferone D, Ito T, et al. ENETS Consensus Guidelines Update for Colorectal Neuroendocrine Neoplasms. *Neuroendocrinology.* 2016;103(2):139-43.
5. Byrne R, Pommier R. Small bowel and colorectal carcinoids. *Clin Colon Rectal Surg.* 2018;31(05):301-8.
6. Pellat A, Coriat R. Well differentiated grade 3 neuroendocrine tumors of the digestive tract: A narrative review. *JCM.* 2020;9(6):1677.
7. Heeffeld M, Chougnat CN, Olsen IH, Rinke A, Borbath I, Crespo G, et al. Characteristics and treatment of patients with G3 gastroenteropancreatic neuroendocrine neoplasms. *Endocr Relat Cancer.* 2015;22(4):657-64.
8. Hrabe J. Neuroendocrine tumors of the appendix, colon, and rectum. *Surg Oncol Clin N Am.* 2020;29(2):267-79.
9. Starzyńska T, Londzin-Olesik M, Baldys-Waligórska A, Bednarczuk T, Blicharz-Dorniak J, Bolanowski M, et al. Colorectal neuroendocrine neoplasms - management guidelines (recommended by the Polish Network of Neuroendocrine Tumours). *Endokrynologia Polska.* 2017;68(2):11.
10. Strosberg JR, Halfdanarson TR, Bellizzi AM, Chan JA, Dillon JS, Heaney AP, et al. The North American Neuroendocrine Tumor Society Consensus Guidelines for Surveillance and Medical Management of Midgut Neuroendocrine Tumors. *Pancreas.* 2017;46(6):707-14.