

## Tumor carcinoide típico

### *Typical Carcinoid Tumor*

**Autores:** Carreño Saavedra Ruth, Bigot María de los Ángeles, Tummino Carlos

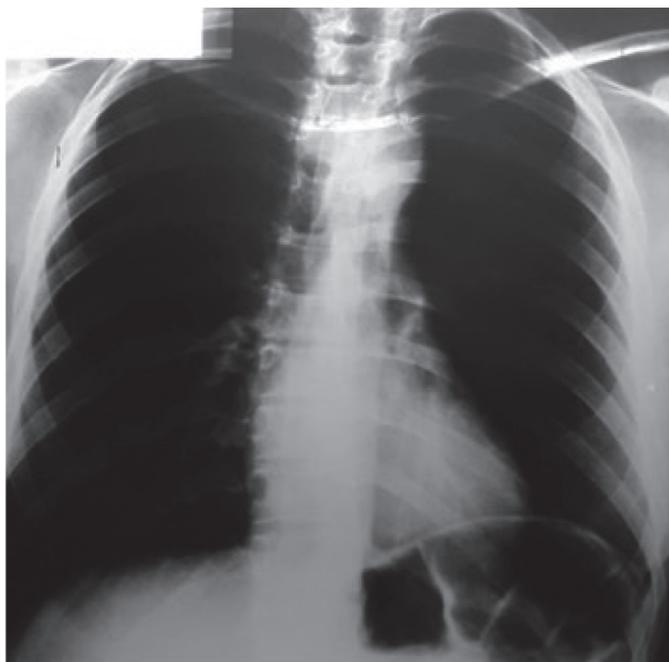
Hospital Nacional A. Posadas, El Palomar, Provincia de Buenos Aires

### Caso clínico

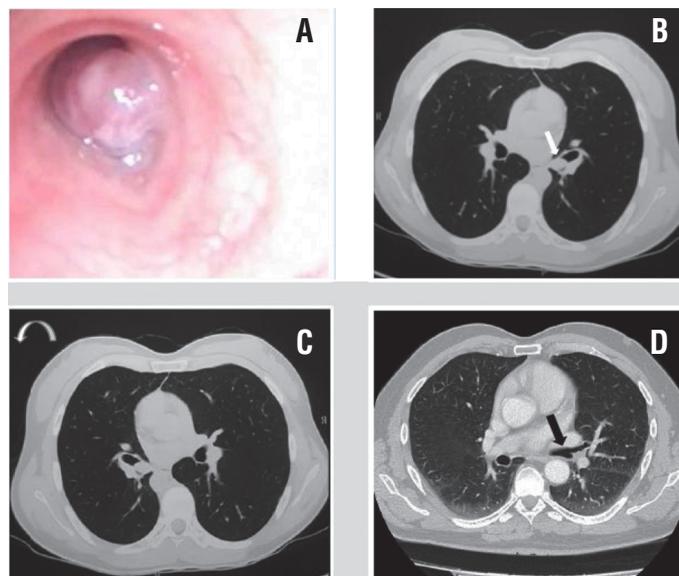
Presentamos una paciente femenina de 27 años, asmática que consulta por persistencia de tos y disnea a pesar del cumplimiento de su tratamiento broncodilatador. Se revisan sus estudios previos, trae una espirometría con VEF1/FVC: 68% VEF1: 84% FVC: 106% con prueba broncodilatadora negativa y radiografía de tórax (**Figura 1**) que evidencia una franca elevación del hemidiagrama izquierdo. En la tomografía de tórax (**Figuras 2. B y C**) se observan cambios de atenuación del parénquima (atrapamiento aéreo) en el lóbulo superior izquierdo y una lesión endoluminal redondeada con densidad de partes blandas que ocluye el extremo distal del bronquio fuente izquierdo (BFI).

Se realiza una fibrobroncoscopía diagnóstica (FBC) (**Figura 2**) donde se observa a 3 cm del nacimiento del BFI, una lesión exofítica, mamelonada, vascularizada, de superficie lisa y regular que ocluye la totalidad de la luz sin poder evaluar la segmentación de los bronquios lobares. Se realizan varias biopsias.

Posteriormente se programa una broncoscopía rígida para extracción mecánica del tumor, se visualiza



**Figura 1.** Elevación de hemidiagrama izquierdo en la radiografía A-P



**Figura 2.** A. Lesión endoluminal polipoide de paredes lisas. B. Manifestación tomográfica de la lesión Endo bronquial (flecha blanca). C. Imagen tomográfica invertida (vista desde la cabeza) simulando aproximación endoscópica. D. Tomografía comparativa (otro paciente) donde se aprecia claramente el nacimiento del bronquio inferior izquierdo (flecha negra)

implantación del tumor en el espolón de división del LS, se reseca en su totalidad con sangrado escaso. Se recibe resultado de anatomía patológica: Tumor carcinoide típico. Se deriva para evaluación por cirugía de tórax y oncología, sin conducta quirúrgica ni tratamiento oncoespecífico.

La paciente evoluciona sin signos de broncoespasmo y mejoría clínica. Se realiza fibrobroncoscopia de control sin evidencia de lesión tumoral residual. Se propone resección quirúrgica.

## Discusión

Los tumores carcinoideos se encuentran dentro del grupo de tumores neuroendócrinos pulmonares. Se clasifican según el grado de malignidad en: bajo grado: Carcinoide típico y grado intermedio: Carcinoide atípico. Después del tracto gastrointestinal, el pulmón es la 2da localización más común<sup>1, 2</sup>. Tienen localización central en el 75% de los casos. Los síntomas iniciales más frecuentes son: tos, hemoptisis, sibilancias, dolor torácico, obstrucción bronquial, atelectasias y neumonías a repetición<sup>1</sup>.

El punto de partida para la sospecha diagnóstica suele ser la presencia de un cuadro clínico de obstrucción bronquial o una imagen patológica en la radiografía de tórax. El diagnóstico se obtiene generalmente a través de fibrobroncoscopia<sup>3</sup>.

Los tumores carcinoideos típicos se diagnostican en estadio I y II. Al ser tumores de lento crecimiento, muestran baja captación de glucosa, por lo que la PET con 18F-FDG es de escasa utilidad. El empleo de PET/TC con un receptor de somatostatina permite la estadificación y detección de metástasis extrapulmonares<sup>4</sup>. El 90% de los pacientes con carcinoide típico sobreviven a los 5 años, con una supervivencia a los 10 años del 80%. La tasa de recidiva varía entre el 5-30%. La cirugía es el método terapéutico de elección, debido a la excelente supervivencia después de la misma<sup>4, 5</sup>.

En resumen los pacientes con cuadro clínico compatible con obstrucción bronquial sin mejoría de los síntomas y/o repetitivo a pesar de un tratamiento específico, conlleva a un estudio minucioso de otros probables diagnósticos, entre estos, tumor endoluminal.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Kaifi JT, Kayser G, Ruf J, Passlick B. The Diagnosis and Treatment of Bronchopulmonary Carcinoid. *Dtsch Arztebl Int.* 2015; 112: 479-85.
2. Travis WD, Brambilla E, Nicholson AG, Yatabe Y, Austin JHM, Beasley MB, et al; WHO Panel. The 2015 World Health Organization Classification of Lung Tumors: Impact of Genetic, Clinical and Radiologic Advances Since the 2004 Classification. *J Thorac Oncol.* 2015; 10: 1243-60.
3. Diagnóstico y tratamiento de los tumores pulmonares neuroendocrinos. Julio Sánchez de Cos Escuín. Sección de Neumología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España. *Arch Bronconeumol* 2014; 50: 392-6.
4. Thomas CF Jr, Jett JR, Strosberg JR. Lung neuroendocrine (carcinoid) tumors: Treatment and prognosis. 2019. Link: <https://www.uptodate.com/contents/lung-neuroendocrine-carcinoid-tumors-treatment-and-prognosis>
5. Kulke MH, Mayer RJ. Carcinoid tumors. *N Eng J Med.* 1999; 340: 858-68.