

## Tumoración neuroendocrina de íleon, el desenlace de un diagnóstico inoportuno



### Neuroendocrine tumor of the ileum: The outcome of an untimely diagnosis

Los tumores o las neoplasias neuroendocrinas conforman un grupo de lesiones heterogéneas originadas de células localizadas en el sistema neuroendocrino con propiedades similares a las del tejido nervioso (presencia de gránulos densos que contienen monoaminas) y endocrinas (capacidad de sintetizar y secretar dichas sustancias)<sup>1,2</sup>.

A nivel del intestino delgado en su mayoría son tumores no funcionales, pero hasta el 20% de los casos pueden iniciar con metástasis hepáticas y síndrome carcinoide. Por lo regular, estas son lesiones mayores de 2 cm con invasión a la capa muscular externa y enfermedad ganglionar al diagnóstico, y el 40% de los pacientes presentan lesiones sincrónicas múltiples. Es posible también manifestar cuadros con dolor abdominal, obstrucción intestinal, diarrea, pérdida de peso o sangrado de tubo digestivo<sup>3,4</sup>.

Presentamos el caso de masculino de 64 años sin antecedentes personales patológicos de importancia, antecedentes personales no patológicos sin relevancia, el cual es enviado al servicio de cirugía general y digestivo por dolor abdominal crónico de dos años de evolución con pérdida de peso progresiva de 15 kg. El paciente se encontraba sintomático al momento de su valoración, refiriendo agudización del dolor de aproximadamente 24 horas con emesis e intolerancia a la vía oral.

Se realiza tomografía axial computarizada doble contraste y se observan múltiples niveles hidroaéreos con presencia de gas a nivel distal en el colon, con zona de transición en la región del íleon-válvula ileocecal, con engrosamiento en dicho segmento y neumatosis intestinal; así mismo, con engrosamiento en la región del mesenterio (fig. 1).

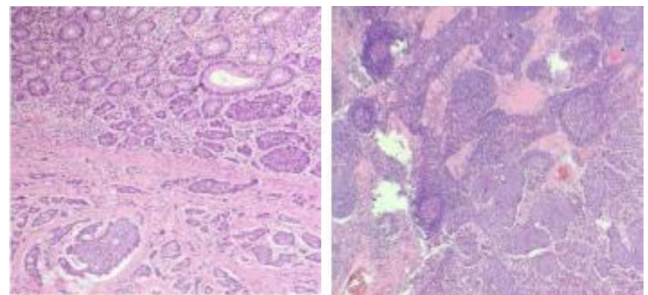
Se da manejo médico con soluciones intravenosas, reposo intestinal y colocación de sonda nasogástrica. Al no contar con mejoría médica, se hace una intervención quirúrgica mediante laparotomía exploratoria, encontrando lesión



**Figura 1** Corte axial: evidencia de zona de transición a nivel de íleon distal con niveles hidroaéreos y edema de pared intestinal.



**Figura 2** Segmento de íleon: espécimen de tejido conformado por íleon terminal, válvula ileocecal, apéndice cecal y ciego (colon). Se identifica una zona de estenosis localizada a 5.0 cm del límite proximal y a 6.0 cm del límite distal, ubicada en la unión del íleon terminal con la válvula ileocecal de 3.0 × 2.0 cm que causa obstrucción del 95% de la luz.



**Figura 3** Lesión neoplásica epitelial con patrón de crecimiento organoide y trabecular conformada por células que forman sincitios con disposición central del núcleo, el cual presenta cromatina fina que hace evidente un nucléolo central.

estenosante de aproximadamente 4 cm en el íleon terminal, a 65 cm de la válvula ileocecal, múltiples adenopatías en el mesenterio a nivel de los vasos sanguíneos mesentéricos de aproximadamente 3 cm, además de lesiones nodulares a nivel hepático de características irregulares e induradas, por lo que se realiza resección intestinal, procedimiento de Hartmann y derivación digestiva tipo ileostomía. A su vez, se toman biopsias del mesenterio y del segmento intestinal, siendo enviada la pieza quirúrgica a patología clínico-quirúrgica (fig. 2).

El informe de histología reporta lesión de carcinoma con patrón neuroendocrino moderadamente diferenciado de 3.0 × 2.0 cm con obstrucción de luz del 95%, con límite distal libre y localizado a 6.0 cm de la lesión y límite proximal libre localizado a 5.0 cm de la neoplasia con 5/13 ganglios linfáticos metastásicos, con pruebas de inmunohistoquímica confirmatorias para el diagnóstico (fig. 3).

Se continuó abordaje con nueva tomografía axial con doble contraste IV/VO, con reporte de ausencia de metástasis a distancia, y se refiere al servicio de oncología.

En caso de tumores neuroendocrinos del intestino delgado, el tratamiento quirúrgico curativo se recomienda en pacientes asintomáticos siguiendo los principios oncológicos, ya que cuando la enfermedad se encuentra en

etapas avanzadas es difícil o casi imposible el abordaje quirúrgico. Para pacientes con enfermedad metastásica, el tratamiento quirúrgico curativo (resección de tumor primario, ganglios linfáticos regionales y metástasis hepáticas) se logra en el 20% de casos. En estadios avanzados la cirugía paliativa tiene como finalidad el tratamiento de complicaciones, como obstrucción intestinal y del tumor primario, para enfocar las medidas terapéuticas a la enfermedad metastásica, lo cual logra un aumento en la supervivencia de los pacientes<sup>5-7</sup>.

En el caso reportado, se realiza abordaje de urgencia ante la presencia de un cuadro de oclusión intestinal con abdomen agudo, realizando resección bajo protocolo oncológico con procedimiento derivativo con valoración bajo el servicio de oncología clínica, siendo esta una de las presentaciones clínicas de los tumores del intestino delgado. El cirujano general debe contar con el diagnóstico diferencial ante un paciente con cuadro de dolor abdominal crónico, oclusión y actual abdomen agudo; se debe contar con la pericia diagnóstica y resolutoria ante los hallazgos intraoperatorios, manteniendo los estándares de resecciones oncológicas en todo momento.

### Financiación

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiamiento.

### Consideraciones éticas

Los autores declaran que, para esta investigación, previo a intervención quirúrgica se firma consentimiento informado por escrito al paciente y al familiar. Al ser un reporte de caso no se solicitó autorización del comité de ética. En este escrito no se encuentran datos que puedan identificar al paciente.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran ausencia de conflicto de intereses.

### Referencias

1. Basu B, Sirohi B, Corrie P. Systematic therapy for neuroendocrine tumours of gastroenteropancreatic origin. *Endocr Relat Cancer*. 2010;17:R75-90, <http://dx.doi.org/10.1677/ERC-09-0108>.
  2. Kaltsas GA, Besser GM, Grossman AB. The diagnosis and medical management of advanced neuroendocrine tumors. *Endocr Rev*. 2004;25:458-511, <http://dx.doi.org/10.1210/er.2003-0014>.
  3. Klöppel G, Perren A, Heitz PU. The gastroenteropancreatic neuroendocrine cell system and its tumors: The WHO classification. *Ann N Y Acad Sci*. 2004;1014:13-27, <http://dx.doi.org/10.1196/annals.1294.002>.
  4. Burke AP, Thomas RM, Elsayed AM, et al. Carcinoids of the jejunum and ileum: An immunohistochemical and clinicopathologic study of 167 cases. *Cancer*. 1997;79:1086-93.
  5. Lo GC, Kambadakone A. MR Imaging of pancreatic neuroendocrine tumors. *Magn Reson Imaging Clin N Am*. 2018;26:391-403, <http://dx.doi.org/10.1016/j.mric.2018.03.010>.
  6. Pavel M, Öberg K, Falconi M, et al., ESMO Guidelines Committee. Gastroenteropancreatic neuroendocrine neoplasms: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2020;31:844-60, <http://dx.doi.org/10.1016/j.annonc.2020.03.304>.
  7. Patel KK, Kim MK. Neuroendocrine tumors of the pancreas: Endoscopic diagnosis. *Curr Opin Gastroenterol*. 2008;24:638-42, <http://dx.doi.org/10.1097/MOG.0b013e32830f7fb>.
- S. Cruz-Contreras\*, D. Becerril-Mireles, I. Becerril-Gómez, M. Sánchez-García y A. Fuentes-Rivas

*Departamento de Cirugía General y Digestivo, Hospital Nicolas San Juan, Toluca, Estado de México, México*

\* Autor para correspondencia. 50010 Toluca, Estado México. Teléfono: 3315271568  
Correo electrónico: [scruez2133@gmail.com](mailto:scruez2133@gmail.com)  
(S. Cruz-Contreras).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.04.001>  
0375-0906/ © 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología.  
Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).