Semergen. 2015;41 (Espec Congr):435

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/61 - DOCTORA, ¡PIERDO LA CABEZA!

P.E. Veliz Terceros y M.C. Pérez Fernández

Médico de Familia. Centro de Salud Ávila Norte. Ávila.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 75 años con antecedentes patológicos de fibrilación auricular, dislipemia, epilepsia. AIT, portador de marcapasos VVI. Tratamiento: Sintrom, Atorvastatina 20, Keppra 500, Omeprazol 20. Tóxicos: niega. Ocupación: jubilado. Consulta por cuadro de años de evolución caracterizado por eritema facial asociado a sudoración que en los últimos meses se hacen frecuentes. Además refiere pérdida de consciencia durante el reposo y alguna vez durante la deambulación de 1 a 2 min de duración con posterior recuperación espontánea sin episodio confusional, niega movimientos tónicos clónicos, no relajación de esfínteres, todo presenciado por familiares. Valorado en el servicio de urgencias descartan patología intracraneana aguda. Derivado al servicio de medicina interna donde se solicitó estudio completo.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: hemograma: normal, Coagulación: INR 2,81. Bioquímica: N, Estudio de catecolaminas: N, marcadores tumorales: N. Doppler de tronco supraaórticos: ateromatosis carotidea bilateral, sin signos de estenosis significativa. Ecografía abdominal: aneurisma de aorta abdominal con trombosis mural, sin otros datos relevantes. Tc pelvis: lesión mesentérica sugerente de extensión ganglionar tumor carcinoide. Nódulos pulmonares subcentrimétricos inespecíficos a controlar evolutivamente. Dilatación aneurismática de aorta abdominal. Control de marcapasos: funcionante. ECG: ritmo de marcapasos a 70 lpm. Ecocardiograma: HVI moderada/grave de predominio septal. Esclerosis aórtica sin repercusión hemodinámica. HT pulmonar leve. Holter arterial: dipper normal. Gastroscopia: normal. Colonoscopia: angiectasias en ciego no complicadas.

Juicio clínico: Síndrome carcinoide.

Diagnóstico diferencial: Carcinoma de tiroides, feocromocitoma, linfoma, anafilaxia, mastocitosis y rubefacción idiopática.

Comentario final: Tras estudio, el paciente se encuentra pendiente de intervención quirúrgica previa sesión del comité de tumores. Síndrome carcinoide. Son tumores neuroendocrinos considerados como una entidad infrecuente. La supervivencia de los pacientes depende principalmente del tipo de tumor y el estadio en el momento del diagnóstico. La tasa de supervivencia a 5 años va del 7,1-21,2% de los pacientes con enfermedad metastásica, al 64,5-69,1% de los pacientes sin metástasis. La sintomatología depende de las sustancias secretadas específicamente por cada tumor. El síndrome carcinoide típico suele deberse a carcinoides metastásicos de intestino delgado. Es más frecuente que el atípico y se puede presentar con

rubefacción, diarrea, dolor abdominal inespecífico, broncoespasmo, lesiones cutáneas pelagroides e insuficiencia cardíaca progresiva. La estrategia terapéutica dependerá del tipo del tumor y su extensión. Es importante establecer el grado de control hormonal, ya que tumores dependientes de gastrina, son susceptibles de tratamiento con supresión/inhibición de gastrina. Los tumores tipo 1 no producen una reducción en la esperanza de vida, muchos de ellos son asintomáticos, por lo que podrían ser vigilados. Los tumores tipo 3, suelen presentar metástasis desde el momento del diagnóstico, son candidatos a un tratamiento paliativo. Tratamiento médico. incluye análogos de la somatostatina, como el octreótide, o los antagonistas de la serotonina, como en ondansetrón o la ciproheptadina. La quimioterapia es útil para los carcinoides tipo 3 pobremente diferenciados. Las terapias con radionucleótidos permiten tratar tumores altamente específicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Modlin I, Oberg K, Chung D. Gastroenteropancreatic neuroendocrine tumours. http://oncology.thelancet.com vol 9 January 2008.

2. Oberndorfer S. Karzinoide Tumoren des Dünndarms. Frankf Z Pathol 1907;1:426-32.

3. Bax ND, Woods HF, Batchelor A. Clinical manifestations of carcinoid disease. World J Surg. 1996;20:142.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.