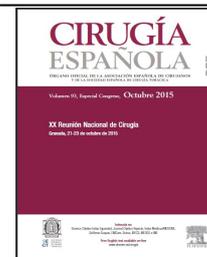




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-416 - INFECCIÓN POR YERSINIA SIMULANDO RECIDIVA DE TUMOR NEUROENDOCRINO EN OCTREOSCAN

de la Plaza Llamas, Roberto; Ramia Ángel, José Manuel; Mohedano Mohedano, Nicolás; López Marcano, Aylhin Joana; Arteaga Peralta, Vladimir; Kühnhardt Barrantes, André Wolfgang; Gonzales Aguilar, Johnny David; Valenzuela Torres, José del Carmen

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Objetivos: La gammagrafía de receptores de somatostatina se utiliza en el diagnóstico, grado de extensión, pronóstico y seguimiento de determinados tumores (fundamentalmente neuroendocrinos (TNE) y pulmonares) y enfermedades granulomatosas. Presentamos un paciente que sufrió una infección por yersinia en el seguimiento de un tumor neuroendocrino intestinal y carcinoide pulmonar, que simuló un cuadro analítico, radiológico y gammagráfico compatible con recidiva de tumor neuroendocrino. Realizamos búsqueda en PubMed en todos los idiomas hasta marzo de 2014 con las siguientes palabras claves y sus diferentes combinaciones: yersinia, yersinia infections, carcinoid tumor, carcinoma, neuroendocrine, false positive reaction, somatostatin receptor scintigraphy, somatostatin receptor imaging. Se revisaron los artículos y sus referencias.

Caso clínico: Varón de 34 años intervenido por obstrucción intestinal (11/2009): se objetivó una diverticulitis complicada de íleon, adenopatías mesentéricas, divertículo de Meckel y una lesión sospechosa en la pared intestinal a 6cm de este último. Se practicó resección oncológica intestinal englobando las tres lesiones. El estudio anatomopatológico (AP) demostró: tumor neuroendocrino bien diferenciado de 0.8 cm de diámetro que infiltra hasta el tejido adiposo mesocólico, con preservación de la serosa. Metástasis de tumor neuroendocrino en 1/23 ganglios mesentéricos (pT3N1). Presencia de embolias vasculares y linfáticas; ileítis aguda fistulizada y divertículo de Meckel. En el seguimiento se diagnostica de carcinoide pulmonar y es sometido a lobectomía superior izquierda (10/2010) por carcinoide típico. AP: carcinoide típico endobronquial pT2 N0. Ingresa por ileocolitis (12/2013) por yersinia (serología positiva) y TAC con discreto engrosamiento de pared de región ileocecal, con adenopatías mesentéricas. En TAC de control oncológico (3/2013) aprecia en íleon terminal engrosamiento focal nodular de unos 19 × 11 mm. de márgenes bien definidos, no identificado en TAC previo. La colonoscopia fue normal. La analítica, que incluía estudio hormonal según la NCCN, destacó (05/2013): cromogranina A: 407,4 y gastrina sérica: 148. Con la sospecha de recidiva de TNE se practica estudio gammagráfico de cuerpo entero con somatostatina (04/2013) que mostró la presencia de un área con incremento del depósito del trazador patológico ubicado en intestino delgado próximo a los vasos mesentéricos superiores. Compatible con recidiva de TEN de intestino delgado. La lesión no se corresponde a la visualizada en la TAC, por lo que se realiza PET/TAC F18-DOPA (7/2013): No objetivó patología maligna. Por ello se repitió un nuevo TAC (07/13) con desaparición de las lesiones sospechosas y la analítica, con normalización de los parámetros alterados (cromogranina A: 5 y gastrina suero: 42). En marzo 2015 no existe evidencia de recidiva clínica, analítica ni radiológica.

Discusión: No hemos encontrado ningún caso de infección por yersinia que coincidiera con tumor carcinoide o neuroendocrino, ni referencias bibliográficas que asociaran la infección por yersinia y la gammagrafía de receptores de somatostatina. Se han comunicado 11 casos de diferentes procesos que han producido falsos positivos en la gammagrafía de receptores de somatostatina, ninguno de ellos fueron debidos a infección por yersinia. Describimos el primer caso de infección por yersinia que simula recidiva de TNE y un falso positivo en gammagrafía de receptores de somatostatina.