

329/147 - DOCTOR, SANGRO POR EL ANO

D. Santana Castillo¹, J. Valle García², M. Albarracín Castillo², A. Vega Zubiaur³, O. Fernández Casares³.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Barrera. Cantabria.²Médico de Familia. Centro de Salud La Barrera. Cantabria. ³Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Barrera. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 78 años, con varios episodios en los últimos 3 meses de rectorragia leve, sangre roja viva y en algunas ocasiones asociadas a hematoquecia. Antecedentes Personales: HTA, DM tipo 2. Tratamiento crónico: valsartán 160 mg/24horas, metformina 850 mg/12horas, omeprazol 20 mg/24horas en los últimos tres meses pautado por su médico de AP, paracetamol a demanda (niega tomas de AINEs). Intervenciones: colecistectomía laparoscópica por colelitiasis. Antecedentes Familiares: hermano con neo de colon a los 69 años.

Exploración y pruebas complementarias: No pérdida de peso, no anorexia. Abdomen: no masas ni megalias, ni otros datos patológicos. Tacto rectal normal. Anoscopia: plíomas sin signos inflamatorios, no sangrado, no fisura, no hemorroides. Analítica: hemoglobina 11 g/dl, hematocrito 34%, leucocitos 11.700/ml (neutrófilos 67.9%, linfocitos 19.8%), plaquetas 270.000/mm³, coagulación sin alteración. Bioquímica: VSG 22 mm/h, PCR 6 mg/dl, resto de analítica sin alteración. Test de sangre oculta positiva. Por el tiempo de evolución se decide derivar a Digestivo para completar el estudio con pruebas de imágenes y colonoscopia. El diagnóstico es rectorragia.

Juicio clínico: Tumor neuroendocrino bien diferenciado (por anatomía patológica tras hemicolectomía derecha laparoscópica).

Diagnóstico diferencial: Hemorroides internas, pólipos en el colon, neoformación de colon.

Comentario final: Ante una clínica, tanto digestiva como de otra índole, que no evolucione correctamente con las medidas que tenemos en nuestras consultas y en la que las pruebas no nos den respuesta, debemos apoyarnos en la atención hospitalaria para avanzar en la resolución de los problemas. Los tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias. Pueden ser funcionantes y dar síndromes clínicos específicos en el 10% de los casos por hiperproducción hormonal (aminas, polipéptidos y prostaglandinas siendo el producto clásico la serotonina causante del síndrome carcinoide), y no funcionantes. Constituye un 2% de los tumores malignos del tracto digestivo y se origina en el sistema endocrino difuso. En general los tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos son neoplasias poco frecuentes de crecimiento lento que suelen presentar cuadros pseudooclusivos y con menor frecuencia síndromes hormonales específicos.

Bibliografía

-Sebastián-Ochoa A, Tenorio C, López-Mezquita E, Torres Vela. S. Epidemiología y diagnóstico de tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos. *Cir Andal* 2009; 20:14-8.

-Taal BG, Visser O. Epidemiology of neuroendocrine tumors. *Neuroendocrinology*. 2004; 80:3-7.

-Gaztambide Sáenz S. Diagnóstico y clínica de los carcinoides intestinales. El síndrome carcinoide. *Endocrinol Nutr*. 2007; 54 (1): 9-14