

329/51 - DIARREAS SIN FRENO

M. Abuhashira¹, P. López Tens², A. Blanco García³, M. Guerra Hernández³, D. Fernández Torre⁴, M. González Piñuela⁵.

¹Médico de Familia. Centro de Salud Dobra. Cantabria. ²Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. ³Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Cantabria. ⁵Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 82 años que presenta deposiciones líquidas sin productos patológicos de predominio nocturno hasta 12 al día, de siete meses de evolución. Pérdida de 5 kg de peso. Astenia y anorexia. Ingresa por empeoramiento clínico, siendo dada de alta asintomática. Reingresa a las 48 horas por nuevo cuadro diarreico.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada. Hidratada y perfundida. Normal coloración cutánea y de mucosas. Tórax: Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: anodino. Extremidades: No edemas. No signos de TVP. Pulso pedios +. Hematometría: Hb 11,50 g/dl, Hto 34,90%, resto normal. Bioquímica: normal. Gastrina 687 pg/ml. Ac anti-transglutaminasa IgA Negativo. Marcadores tumorales : normales. TAC de abdomen: lesión metastásica hipervasicular en parénquima hepático en segmento VII. Resto normal. Colonoscopia: sin hallazgos relevantes. Gastroscopia: hernia de hiato axial, mostrando en el esófago distal erosiones amplias a lo largo de toda la línea Z que ocupan toda la circunferencia. Gastritis petequial en cuerpo y fundus. Úlcera duodenal. TAC Cerebral: normal. Gammagrafía: focos metastásicos en segmentos VI y VII y en el lóbulo hepático izquierdo. Ecoendoscopia: Masa en cola de páncreas cuya biopsia resulta de carcinoma neuroendocrino de bajo grado.

Juicio clínico: Carcinoma neuroendocrino de páncreas estadío IV (gastrinoma).

Diagnóstico diferencial: Enfermedades inflamatorias intestinales, enfermedad celiaca, gastroenteritis infecciosas, enfermedad hepatocelular, hipertiroidismo.

Comentario final: Nuestro caso se trató ambulatoriamente con antibiótico y antidiarreico sin mejoría clínica. Fue ingresada por empeoramiento clínico en digestivo donde se pautó altas dosis de omeprazol y tras la mejoría clínica, es dada de alta, reingresando a las 48h por nuevo cuadro diarreico. Se decide realizar un TAC abdominal donde se visualiza lesiones focales en segmento VII del hígado que se confirman con USE y OcteoScan. Se completa el estudio con Ecoendoscopia donde aprecian una masa en cola del páncreas cuya biopsia confirma carcinoma neuroendocrino de páncreas de bajo grado. Dada la edad, bajo grado histológico y encontrándose asintomática la paciente, se decide seguimiento de forma ambulatoria en consultas. El síndrome de Zollinger-Ellison se caracteriza por el aumento en la secreción de ácido gástrico que origina enfermedad péptica severa relacionada con el ácido y diarrea, es causado por la secreción de gastrina por tumores neuroendocrinos duodenales o pancreáticos (gastrinomas). Se forma habitualmente en la cabeza del páncreas y a veces en el intestino delgado. La mayoría son malignos. Para detectar y diagnosticar tumores neuroendocrinos de páncreas se utilizan pruebas de laboratorio y de imagen. Ciertos factores afectan el

pronóstico y las opciones de tratamiento.

Bibliografía

-Schiller LR, Sellin JH. Diarrhea. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management. 9th ed. Philadelphia: Saunders-Elsevier; 2010: 211-32.