



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/2086 - Tumores neuroendocrinos sincrónicos

A. Delgado García<sup>a</sup>, C.M. Maté Sánchez de Val<sup>b</sup>, E.B. Zapata Ledo<sup>a</sup>, M. Boksan<sup>b</sup>, T. Kostyrya<sup>c</sup>, R.M. Requena Ferrer<sup>d</sup>, J. Flores Torrecillas<sup>d</sup> y F. Guillén Cavas<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 77 años. Antecedentes de fibrilación auricular permanente, valvulopatía reumática, hipertensión y dislipemia. Mioma adherido a ovario derecho. Nuligesta. Remitida desde Urgencias a ginecología para estudio por masa abdominal a nivel de hipogastrio, la cual se valora y se decide conducta quirúrgica exploratoria. Se interviene a la paciente mediante histerectomía más doble anexectomía más apendicetomía y revisión de epiplón con toma de biopsias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Masa palpable hipogástrica de consistencia pétreas, sin signos de irritación peritoneal. No sangrado activo de cavidad. Ecografía abdominal: gran masa sólido-quística centro-abdomino-pélvica de probable origen ovárico. TAC toracoabdominal: útero aumentado de tamaño, dilatación de cavidad endometrial con numerosas masas polipoides, infiltrando más del 50% del miometrio. Cérvix desestructurado y probablemente infiltrado por una de las masas. No adenopatías ni signos de extensión a distancia. Impresiona neoplasia endometrial como primera posibilidad. Anatomía patológica: carcinoma neuroendocrino de trompa de Falopio pobremente diferenciado G3, alto índice mitótico y extensas zonas de necrosis con degeneración quística. Mide 20 cm de diámetro máximo, infiltrando en profundidad todo el espesor de la pared miometrial contactando con serosa, con extensión a estroma cervical y numerosos embolias tumorales linfáticas. Estadío TNM/FIGO sobre pieza quirúrgica pT3b, pNx, pMx. Estadío IIIB. Apéndice cecal: tumor carcinoide patrón insular y tubular bien diferenciado de bajo grado, localizado en el ápex, de 4 mm de diámetro mayor y que se extiende a todo el espesor de la pared con afectación perineural.

**Juicio clínico:** Carcinoma neuroendocrino de trompa de falopio G3 Estadío IIIB. Tumor carcinoide apendicular bien diferenciado de bajo grado.

**Diagnóstico diferencial:** Adenocarcinoma de trompa de Falopio. Adenocarcinoma cecal.

**Comentario final:** Los tumores neuroendocrinos provienen de las células enterocromafines, pertenecientes al sistema hormonal APUD (Amine Precursor Uptake Descarboxilase). Es infrecuente hallarlos en el tracto genital femenino, y más aún asociado a otro tipo de tumores neuroendocrinos. La trompa de Falopio es una de las localizaciones más inusuales para el desarrollo de patología maligna femenina. Los tumores del apéndice cecal son raros. El tumor carcinoide deriva de las células argentafines de las criptas de Lieberkuhn, es el más frecuente y se presenta entre el 0,1 al 0,5% de todas las apendicectomías. Pues bien, referente a nuestro caso tenemos que la distinta diferenciación entre ambos tumores neuroendocrinos hace pensar que se

trata de tumores sincrónicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dursun P, Salman MC, Taskiran C, Usubutun A, Ayhan A. Primary neuroendocrine carcinoma of the fallopian tube: a case report. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(2):568-71.
2. Eichhorn H. Young Neuroendocrine tumors of the genital tract. *Am J Clin Pathol*. 2001;115(Suppl):94-112.
3. Bermudez A, Vighi S, García A, Sardi J. Neuroendocrine cervical carcinoma: a diagnostic and therapeutic challenge. *Gynecol Oncol*. 2001;82:32-9.
4. Esmer-Sánchez DD. Tumores apendiculares. Revisión clínico-patológica de 5307 apendicetomías *Cir Ciruj*. 2004;72(5):375-8.