



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

## 212/3639 - Diarrea Complicada

J.J. Santos García<sup>a</sup>, P. Sort Jane<sup>b</sup>, L. Camps Vila<sup>c</sup>, A.R. Abril Gamboa<sup>a</sup>, R.A. Hernández Ríos<sup>a</sup>, I. Cornet Pujol<sup>d</sup>, L. Pont Serra<sup>a</sup>, M. Pla Berdier<sup>e</sup> y À. Casaldàliga Sola<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Manresa-2. Manresa. <sup>b</sup>Digestólogo. Althaia Xarxa Asistencial Universitaria de Manresa. Barcelona. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Súria. Barcelona. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manresa 4. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 44 años. Síndrome de Down. Retraso mental, vive en AMPANS, derivado del CAP por que hace 2 semanas inició con diarreas líquidas sin productos patológicos que se han autolimitado con persistencia del dolor abdominal HD con fiebre de 39 °C de 7 días de evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 101/60. Sat 96%. FiO: 28%. Fc: 100x'. Fr: 24x'. Cv: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Resp: roncos bilaterales, disneico. Abdomen: globuloso dolor en HD y epigastrio con empastamiento. Hepatomegalia. MMII no edemas. TAC abdominal: hepatomegalia múltiples LOEs intrahepáticas necro-quísticas, sugestivo Hepatocarcinoma vs metástasis. Colangitis retro-peritoneo no visualizado. Eco abdominal: lesiones hepáticas centro necrótico sólido-quístico abscesos vs hepatocarcinoma. Hemocultivo: 1º *E. coli*; 2º por *E. faecium*. A/S: Hg: 12,8 g/dL, leuc:  $21 \times 10^9/L$ , neut: 92,3%, plaq:  $87 \times 10^9/L$ , INR: 1,4, Cre: 3,74 mg/dL, FG: 18 mL/min, bilirrubina total: 1,47 mg/dL, PCR: 327 mg/L, amilasa: 40 U/L.

**Juicio clínico:** Colangitis aguda. Tumor neuroendocrino con metástasis abscesificadas.

**Diagnóstico diferencial:** Absceso hepático: origen gastrointestinal por colangitis diverticulitis o apendicitis. Clínica y analíticas, el TAC abdominal, ecografía lo descartan. Metástasis: más frecuentes colorrectal, páncreas, mama, melanoma oculares, Rx de tórax normal, no cambios tránsito digestivo ni signos oclusivos, no se logra descartar por TAC ca. páncreático ni estómago. Poliquistosis hepática: presenta síntomas sobreinfección o ruptura, asociado poliquistosis renal y hepatomegalia. La ecografía y la TAC la descartan no hay antecedentes.

**Comentario final:** Shock séptico colangitis secundario a metástasis hepáticas vs hepatocarcinoma. La búsqueda del tumor primario estaría justificada si el estado general del paciente fuera aceptable, para tratamiento médico/quirúrgico curativo/paliativo. El paciente evolucionó mal por anasarca, insuficiencia respiratoria aguda y la familia prefirió el confort y ninguna medidas invasivas. El paciente falleció y se le realizó autopsia abdominal, encontrando carcinoma neuroendocrino metastásico en hígado, epiplón y peritoneo, el resto de estructuras respetadas. Aproximadamente el 13% de los pacientes que son diagnosticados con tumores neuroendocrinos (TNE), el primario no es identificado. La biopsia hepática, los ganglios linfáticos, páncreas determinan su tipo histológico y orientar hacia un primario a través del estudio del fenotipo inmunohistoquímico.

## Bibliografía

1. Bergsland EK, Nakakura EK. Neuroendocrine Tumors of Unknown Primary. Is the Primary Site Really Not Known? *JAMA Surg.* 2014;149:889-90.

*Palabras clave:* *Tumor neuroendocrino metastásico.*