Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):8

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2147 - Diarrea crónica como signo de malignidad

M.T. López Rico[a], M.S. Pineda Pérez[b], M. Chacón González[a], C.J. Sevillano Esquivel[a], J. Soto Olivera[a], M. Muñoz Sanz[b], F. Mora Monago[c], P. Chico Nieto-Sandoval[a] y A. Moreno Moreno[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [b]Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 80 años, AP: HTA, anemia trastornos crónicos, cáncer prostático tratado con cirugía y radioterapia. Derivado desde Atención Primaria a Consultas de Medicina Interna por diarrea crónica de un mes de evolución, pérdida de peso y edemas en miembros inferiores. Se decide ingreso para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, edemas en miembros inferiores. Hemograma: anemia trastornos crónicos; leucocitos 12.200 (N 9.300). Coagulación: fibrinógeno 501.782. Bioquímica: proteínas totales 5,7; albúmina 3,1; PCR 18,75. Curva de lactosa y Test D-Xylosa negativos. SOH positiva. Autoinmunidad negativa. Calprotectina, metanefrina y cromogranina A elevadas. Ecografía abdomen (AP): normal; TAC abdomen: imagen redondeada, sólida, 3 cm, entre ángulo de Treitz y aorta. RMN abdomen: misma lesión, dudosa organodependencia (¿GIST? ¿Adenomegalia retroperitoneal?). Tránsito gastroduodenal y colonoscopia sin hallazgos de interés. Gammagrafía de receptores de somatostatina: masa retroperitoneal en ángulo de Treitz compatible con tumor neuroendocrino sin invasión a distancia.

Juicio clínico: Tumor neuroendocrino.

Diagnóstico diferencial: Intolerancia a lactosa, síndrome nefrótico, feocromocitoma, tumor carcinoide.

Comentario final: Los tumores neuroendocrinos constituyen un grupo de neoplasias originadas por células de la cresta neural y del endodermo con gran heterogenicidad. El páncreas y el tubo digestivo constituyen las localizaciones más frecuentes. La clínica está determinada por: localización, existencia de metástasis y actividad secretora. El diagnóstico incluye la clínica, los estudios analíticos y las pruebas de imagen: técnicas endoscópicas, TC y resonancia magnética, gammagrafía de receptores de somatostatina y PET. En la enfermedad localizada, el tratamiento de elección es la cirugía; mientras que en la enfermedad a distancia, el tratamiento quirúrgico del tumor primario, está indicado para mejorar la clínica. Los tratamientos médicos incluyen: análogos de somatostatina, interferón, quimioterapia e inhibidores tirosincinasa y de la vía mTOR.

Bibliografía

1 Caplin M, Yao JC, eds. Handbook of gastroenteropancreatic and thoracic neuroendocrine tumours. Bristol: Bioscientifica, 2011.

2 Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, Theise ND. WHO classification of tumors of the digestive system. Lyon: Internacional Agency For Reseach on Cancer, 2010.

3 Öberg K. Advances in neuroendocrine tumor management. Londres: Future Medicine Ltd, 2011.

4 Kaltsas GA, Besser GM, Grossman A.B. The diagnosis and medical management of advanced neuroendocrine tumors. Endocr Rev. 2004;25:458-511.

Palabras clave: Diarrea crónica. Edemas. Pérdida de peso.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.