



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/241 - "EXPLORA, NO ADIVINES"

N. Díaz Hernández y M. Dorta Espiñeira

Médico de Familia y Comunitaria. Centro de Salud de Tacoronte. Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 39 años, fumador, sin otros antecedentes, presenta dolor y bulto anal que se reduce espontáneamente desde hace años. Hace un mes, comienza con sangrado con las deposiciones y dolor anal que no cede con analgesia ni antiinflamatorios. Dada la alta sospecha de hemorroides, se inicia tratamiento con diosmina-hersperidina, antiinflamatorios y laxantes, sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: Tacto rectal sin hemorroides externas ni internas, con ampolla rectal vacía. Dada la intensidad clínica y no mejora con el tratamiento, se solicita rectosigmoidoscopia objetivándose masa rectal no estenosante. Anatomía patológica: carcinoma neuroendocrino de células grandes CEA, CA19.9, metanefrina y normetanefrina en orina 24h y estudio de extensión negativos. Se realiza tratamiento con quimioterapia y resección anterior del recto con ileostomía. Actualmente, en seguimiento en nuestra consulta y por unidad del dolor precisando infiltraciones anestésicas en sacro por mal control del dolor perineal.

Orientación diagnóstica: Carcinoma neuroendocrino de células grandes

Diagnóstico diferencial: Hemorragia digestiva, hemorroides, fisura anal, absceso, trombosis, prolapso rectal, papila hipertrofiada, pólipos y condiloma acuminado.

Comentario final: El carcinoma neuroendocrino de colon-rectal comprende un grupo heterogéneo de tumores con evidencia de diferenciación neuroendocrina basada en análisis histológico o inmunohistoquímico. Suponen 1-4% de las neoplasias malignas de esta localización. Es altamente agresiva con extensión metastásica temprana. Suponen la segunda neoplasia avanzada más prevalente del tracto digestivo tras el cáncer colorectal. No hay distribución predominante por sexos. Edad media de presentación entre la sexta y séptima década. Estos carcinomas no tienen diferencias clínicas con los adenocarcinomas, no habiendo normalmente síntomas de síndrome paraneoplásico, carcinoide ni anomalías metabólicas. La relevancia de este caso en nuestras consultas, es la importancia de realizar exploraciones físicas y estudios complementarios completos para no generar juicios diagnósticos erróneos y pautas de tratamientos innecesarios, retrasando el correcto diagnóstico y posterior tratamiento, evitando así, posibles complicaciones.

Bibliografía

- Rodrigues A, Castro-Poças F, Pedroto I. Neuroendocrine Rectal Tumors: Main Features and Management. GE Port J Gastroenterol. 2015;22(5):213-20.

2. Vázquez Ruiz J, Martín Díaz L, Mansilla Molina D, et al. Neuroendocrine carcinoma of colon and rectum. Cirugía Española. 2000;67(6):625-7.
3. Vilallonga R, Espín Basany E, López Cano M, et al. Neuroendocrine carcinomas of the colon and rectum. A unit's experience over six years. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2008;100(1).

Palabras clave: Dolor perineal. Hemorroides. Carcinoma neuroendocrino.