



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/880 - TUMOR NEUROENDOCRINO DE PÁNCREAS

F. Martínez García<sup>a</sup>, A. Santo González<sup>a</sup>, I. González Riquelme<sup>b</sup> y J. Martínez Asensio<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera la Verde. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 36 años. Sin antecedentes de interés. No alergias, no HTA, no dislipemias ni diabetes. Fumadora ocasional. En seguimiento de Cardiología por miocardiopatía espongiforme. Antecedentes ginecológicos de cesárea y miomectomía. Consulta por dolor abdominal, refractario a analgésicos habituales, de cinco meses de evolución. El dolor se localiza en hipocondrio y flanco izquierdo, y, se relaciona con las comidas, sobre todo las grasas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebríl. Ha presentado náuseas con vómitos y diarrea, esporádicamente, sin contenido patológico. Pérdida de apetito y peso, pues el dolor aumenta cuando come. A la palpación, abdomen blando y depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal ni masas. Por fracaso del tratamiento analgésico y procinético, se remite a especializada.

**Orientación diagnóstica:** Analítica general, incluidos marcadores tumorales (CEA, Ca 19.9 y Ca 125), y catecolaminas en orina de 24 horas, dentro de la normalidad. TAC abdominal presenta alteraciones cola páncreas. No adenopatías abdominales, iliacas, inguinales, no derrame intraabdominal, no masas libres. En cola de páncreas masa de 4 × 3 cm, quística de paredes de unos 2 mm, septado por un fino tabique.

**Diagnóstico diferencial:** Establecerlo con el resto de tumores neuroendocrinos abdominales (gastrinoma, insulinoma, vipoma, somatostatina, etc.) urológicos, ginecológicos, y otros tumores pancreáticos no neuroendocrinos. Orientación diagnóstica. Diagnóstico, por Anatomía Patológica: tumor neuroendocrino en cola de páncreas, bien diferenciado, de grado intermedio (G2, OMS 2010), K167 del 5% que mide 1,1 cm, con estructuras ductales benignas atrapadas, que respeta márgenes quirúrgicos, estadio PT1 PNO/12. Pancreatitis crónica con pseudoquiste pancreático.

**Comentario final:** La paciente fue intervenida realizando una pancreatectomía caudal, y, esplenectomía con una evolución favorable, y, derivación posterior a Atención Primaria, para vacunación, antimeningococo, neumococo y, H. influenzae. Así como seguimiento conjunto en las C.E. de Cirugía, Oncología, y, Atención Primaria. Este tipo de casos nos confirma la importancia de una buena coordinación entre la Atención Primaria y Especializada.

### Bibliografía

1. Domínguez-Muñoz J. Últimos avances en pancreatitis crónica. Gastroenterología y Hepatología. 2016;39:87-92.

2. Lariño Noia J. Últimos avances en tumores pancreáticos. Gastroenterología y Hepatología. 2015;38(Supl 1):91-99.
3. Navarro S. Tumores neuroendocrinos pancreáticos. ¿Qué conocemos de su Historia? Gastroenterología y Hepatología. 2016;39(4):293-300.

**Palabras clave:** Tumor. Neuroendocrino. Páncreas.