



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

482/801 - DETERIORO FÍSICO Y COGNITIVO RÁPIDAMENTE PROGRESIVOS

S. Fernández Crespo¹, C. Martínez López², A. Meabe Santos³ y E. Velásquez González³

¹Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. ²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. Ponferrada. León. ³Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. Ponferrada. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 65 años con escasa ingesta, diarrea, deterioro cognitivo rápidamente progresivo, encamamiento y abandono del autocuidado. Sin alergias. Fumador de 20 cigarrillos/día. Exbebedor moderado. Hipertensión arterial con cardiopatía, nefropatía y retinopatía hipertensivas. Diabetes mellitus 2 bien controlada (progenitores diabéticos). Dislipemia. Hiperuricemia/crisis de gota. Enfermedad renal crónica grado 4 diabética y vascular con hiperparatiroidismo, hipovitaminosis D y anemia normocítica-normocrómica secundarios. Pseudotrombopenia (plaquetas gigantes). Linfopenia crónica. Esplenomegalia fluctuante. Bocio multinodular. Polipectomía colónica (hiperplásicos y adenomatosos tubulares).

Exploración y pruebas complementarias: Hipotenso y taquicárdico. Afebril. Consciente, poco colaborador, desorientado en tiempo y espacio. Exoftalmos, sequedad y palidez mucocutánea con tinte ictérico. Esplenomegalia. Signos parkinsonianos. Resto de la exploración normal. Analítica sanguínea: glucosa y creatinina elevadas; sodio, proteínas, albúmina y C3 bajos. Cromogranina (1.000) y Ca19.9 (100). VSG, PCR, LDH, ANA, ANCA, TSH, anti membrana basal glomerular, autoinmunidad hepática, factor reumatoide, factor intrínseco, anticuerpos anticélulas parietales, C4, inmunoglobulinas, proteinograma, cadenas ligeras, cobre, ceruloplasmina, test de Synacthen, B12, ácido fólico, frotis de sangre periférica, alfafetoproteína, virus hepatotropos, VIH, TAC craneal y punción lumbar: normales. TAC tórax-abdomino-pélvico: Nódulo tiroideo en lóbulo izquierdo (4 cm, intratorácico). Nódulo pulmonar en lóbulo inferior derecho (4 mm). Adenopatías paraesofágicas, pretraqueales y subcarinales. Aneurisma de Aorta ascendente (5 cm). Cardiomegalia. Pequeño derrame pericárdico. Colelitiasis. Estómago de retención. Pancreatitis crónica (atrofia y calcificaciones en cola). Hepatopatía crónica/cirrosis. Esplenomegalia. Quistes corticales renales bilaterales. Adenoma suprarrenal izquierdo (1,8 cm). Hipertrofia prostática. Colonoscopia/ecoendoscopia más biopsias: gastritis crónica antral con metaplasia intestinal (linitis plástica gástrica). Helicobacter pylori negativo. Inmunohistoquímica (adenopatía biopsiada): CK AE1-AE3, CK7, CD56 y sinaptofisina: positivas, TTF-1 y cromogranina: negativas.

Orientación diagnóstica: Carcinoma neuroendocrino metastásico de origen desconocido (probablemente biliopancreático), enfermedad renal crónica agudizada prerrenal e insuficiencia cardíaca asociados.

Diagnóstico diferencial: neoplasia intracranial, enfermedad neuromuscular, neuro-Whipple.

Comentario final: Los tumores neuroendocrinos son poco frecuentes y suelen aparecer en pulmones y aparato digestivo. La clínica es florida y la evolución variable, en este caso rápidamente progresiva tanto a nivel físico como cognitivo. Autopsia: exitus por Neumonía bilateral no revelando la localización del tumor.

Bibliografía

1. Moya Valverde E, Moral Cebrián I, Costero Pastor B, Poves Martínez E. Múltiples tumores carcinoides y adenocarcinomas gástricos sincrónicos. Rev Esp Enferm Dig. 2009;101(2):147-48.

Palabras clave: Carcinoma. Neuroendocrino.