



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-058 - DE LA PANCREATITIS CRÓNICA AL TUMOR NEUROENDOCRINO METASTÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Acosta Ramón, Y. Andino López, W.R. Ferrero Ohse, A. Linares Borges, P. Carlos González y S.F. Pini

CS Amargo Interior.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años con AP: de HTA y DM de 2 años de evolución, en tratamiento con medidas higiénico-dietéticas y sin asociar tratamiento farmacológico. Consumidor de 40 g de OH/día. Exfumador de 40 paquetes/año desde hace 20 años. Osteoporosis. TBC pulmonar en la infancia. Acude a la consulta de AP por presentar prurito generalizado e ictericia cutánea de varios días de evolución. Previo a estos síntomas, ha presentado dolor abdominal epigástrico de meses de evolución que en los últimos días ha aumentado en intensidad, asociado a deposiciones diarreicas hasta 10 episodios al día, así como coluria y acolia.

Exploración y pruebas complementarias: A la EF: ictericia cutáneo escleral, dolor a la palpación epigástrica. Hemograma normal. Bioquímica: hiperbilirrubinemia (Bb total 8,5) con hipertransaminasemia. Una ecografía abdominal: hígado con claros rasgos de hepatopatía y una vía biliar dilatada, con un coléodo que medía 1,6 cm. Referimos el paciente a consulta de MID y CGD, completándose el estudio con TAC abdominal, en el que se evidencia una masa en la cabeza del páncreas de 5 × 3,2 cm como causante de la obstrucción de la vía biliar, sugestiva de tejido fibrosis en relación a foco de pancreatitis crónica. Se decide realizar intervención quirúrgica: Derivación biliopancreática, identificándose durante la cirugía, un nódulo en la superficie hepática que se reseca, siendo informado como tumor neuroendocrino de 0,7 cm con bordes quirúrgicos afectados. En 2015, durante seguimiento mediante TAC y gammagrafía con somatostatina se evidencian metástasis hepáticas múltiples, implante mesentérico así como torácicos sugestivos de metástasis que se confirman con PAAF de lesiones hepáticas: metástasis de carcinoma neuroendocrino.

Juicio clínico: Tumor neuroendocrino.

Comentario final: Los tumores neuroendocrinos son poco frecuentes, con incidencia anual de 5,25 casos/100.000 habitantes. Son tumores de lento crecimiento y larga supervivencia. Constituyen un grupo heterogéneo de tumores que pueden surgir prácticamente en cualquier órgano dada la distribución embrionaria de células neuroendocrinas a través de la cresta neural. La mayoría son esporádicos, sin causa o factores de riesgo concretos, algunos asociados a síndromes hereditarios (MEN 1 y 2) Von Hippel Lindau, neurofibromatosis tipo 1. Existen varios tipos: pancreáticos (insulinoma, vipoma, glucagonoma, somatostatinoma, gastrinoma) y no pancreáticos. La clínica depende de la estirpe celular. El tratamiento, debe basarse en una decisión multidisciplinar: cirujanos, radiólogos, endocrinólogos, digestólogos, oncólogos, Medicina Nuclear y Anatomía Patológica. La cirugía es el tratamiento de elección para tumores circunscritos a un solo órgano o con metástasis hepáticas exclusivamente. Para casos con enfermedad diseminada con compromiso extrahepático, el tratamiento con QT muestra buena respuesta y supervivencia.

El seguimiento de este tipo de tumores precisa años, desde atención primaria puede realizarse tanto analítica como pruebas de imagen que orienten el seguimiento, así como el tratamiento sintomático en caso de enfermedad diseminada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delcore R, Friesen S: Gastrointestinal neuroendocrine tumors. J Am Coll Surg. 1994;178:187-207.
2. Langer P, Kann P, et al. Prospective evaluation of imaging procedures for the detection of pancreaticoduodenal endocrine tumors in patients with multiple endocrine neoplasia type I. World J Surg. 2004;28:1317-22.