



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

452/81 - UN SANGRADO REALMENTE OCULTO

J. Sánchez Melús¹, C. Ortigosa Bea², I. Chueca Gormaz³, L. Mata Crespo², F. Angoso Berrocal⁴, E. Andrés Villares¹

¹Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Norte. Zaragoza. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Norte. Zaragoza. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Norte. Zaragoza. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almunia de Doña Godina. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica en 2016, hipernefroma en 2001 (monorreno), DM-II (en tratamiento con insulina glargina 17-0-0), HTA, dislipemia y ERC IIIA. Acude al centro de salud por astenia de varios meses de evolución. Se realiza analítica sanguínea con resultado de anemia ferropénica (pautándose sulfato ferroso vía oral) y test de SOH positivo, por el que se decide realizar colonoscopia. Se extirpan tres pólipos sin células displásicas y diagnostican de hemorroides internas. Cuatro días después de la colonoscopia, acude por rectorragia. Refiere haber realizado cuatro deposiciones con sangre roja, la última de ellas con coágulos. Remitimos al paciente a Urgencias para valoración por posible sangrado pospolipectomía. Aunque lo más frecuente con el antecedente tan reciente sería pensar en una hemorragia digestiva baja por polipectomía endoscópica, la nueva colonoscopia lo descartó precisando una nueva prueba de imagen para ver el origen del sangrado.

Exploración y pruebas complementarias: TA 123/75, FC 72, T^a 37,2 °C. Buen estado general, normohidratado, normocoloreado. Glasgow 15. Auscultación cardiopulmonar anodina. Exploración abdominal normal salvo peristaltismo aumentado y en tacto rectal presenta dedil sucio con restos hemáticos rojos. En Urgencias presenta un electrocardiograma normal a 50 lpm, radiografía de tórax y abdomen anodina. Analítica sanguínea con Hb 12 g/dL y K 6,7 mmol/L, presentando en la gasometría venosa una acidosis metabólica hipertotasémica. Se repite colonoscopia con resultado anodino, precisando realizar TAC abdominal, donde encuentran lesión sólida en cola pancreática, hipodensa y bien delimitada de 32 × 27 mm. De forma preferente realizaron ecoendoscopia para PAAF. Tras encontrar la lesión en páncreas, se podría pensar en recidiva/metástasis del hipernefroma pero con citología se descartó (negatividad para PAX-8 y CD10). Por determinación sanguínea de cromogranina A con niveles elevados y positividad para sinaptofisina, abre la posibilidad a que fuera tumor neuroendocrino.

Juicio clínico: Tumor neuroendocrino de cola pancreática.

Diagnóstico diferencial: Anemia secundaria a ERC, hemorragia digestiva baja por colitis isquémica-diverticular-pospolipectomía, cribado CCR, descompensación hiperglucémica.

Comentario final: La localización más frecuente de los tumores neuroendocrinos es el tracto gastrointestinal y, dentro de este el intestino delgado. La mayoría son asintomáticos y se diagnostican de forma casual.

Bibliografía

Modlin IM, Öberg K, Chung DC, Jensen RT, de Herder WW, et al. Gastroenteropancreatic neuroendocrine tumours. *Lancet Oncol*. 2008;61-72.

Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. *Harrison Principios de Medicina Interna*, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Palabras clave: Rectorragia. Tumor neuroendocrino. Polipectomía.