

Agradecimientos

Ramalle Enrique: Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria del Gobierno de La Rioja.

Bibliografía

1. Almazán J, Arana K, González JC, Hernández MA, Las Peñas A, Nadal R. Estudio sobre cobertura de vacunación antigripal en profesionales de la salud en Atención Primaria. Boletín Epidemiológico de La Rioja 2008.
2. Martínez Martínez F, Martínez González P, Seguí Canet A, Beviá Febrer I, Ruiz García M. Coberturas de vacunación antigripal en el colectivo de atención primaria: temporadas 2005-2006 a 2009-2010. Vacunas. 2011;12:48-51.

3. The A(H1N1) 2009 pandemic in review. European CDC 2009. [consultado 30/09/2011]. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/Pages/home.aspx>
4. iscii 2011. [consultado 30/09/2011]. Disponible en: http://vgripe.iscii.es/gripe/documentos/20102011/InformesAnuales/Informe_GRIPE_Temporada_2010-11_07092011.pdf

J. Almazán Altuzarra*, K. Arana Alvarez, J.C. González Suárez y M. Ruiz Begué

Atención Primaria de Camero Nuevo, Servicio Riojano de Salud, La Rioja, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jalmazan@riojasalud.es

(J. Almazán Altuzarra).

doi:10.1016/j.semerng.2011.10.020

Tumor carcinoide: a propósito de un caso

Carcinoid tumour: a case presentation

Sr. Director:

Los tumores carcinoideos son tumores neuroendocrinos. Derivan de la cresta neural, de glándulas endocrinas, de islotes o de células del sistema endocrino difuso. Puede encontrarse por todo el organismo, siendo más frecuente en aparato digestivo y aparato respiratorio¹. Son relativamente raros, y su escasa sintomatología hace que el diagnóstico sea tardío, generalmente cuando ya presentan metástasis hepáticas o en otros órganos. Íleon, ciego, colon y estómago son las localizaciones primarias que frecuentemente ocasionan estas metástasis hepáticas: pero cualquier foco, macro o microscópico, de tejido con células neuroendocrinas con producción de péptido y hormonas, puede ser el origen de las metástasis².

Caso clínico

Paciente de 37 años con antecedentes de cesárea en 2003, migrañas y miomas uterinos.

Su abuelo paterno falleció de cáncer sin especificar localización y su padre de cáncer de faringe a los 51 años.

Presentaba dolor abdominal en el hipogastrio y deposiciones diarreicas (una o 2 al día) desde hacía 3 meses, por lo que fue derivado a la unidad de diagnóstico rápido de referencia para descartar neoplasia de colon.

Se realizó una RM con contraste en la que se observó la presencia de 2 nódulos hepáticos sin criterios de hemanjioma. La TC-PAAF confirmó el cuadro citológico compatible con carcinoma neuroendocrino bien diferenciado metastático con células positivas para cromogranina y sinaptofisina. La tomografía SPECT con receptores somatostatina muestra una elevada concentración de receptores de somatostatina en la lesión hepática. La broncoscopia, gastroscopia y colonoscopia fueron normales. Con el diagnóstico de tumor neuroendocrino sin encontrar tumoración primaria y única

captación con octeótrido en hígado, ingresa en cirugía para intervención quirúrgica.

Los tumores neuroendocrinos constituyen menos de un 5% de los cánceres sin primario identificado³. Este tipo de neoplasias se define y clasifica por la presencia de un componente glandular y uno neuroendocrino entremezclados, pudiendo observar áreas de transición y metástasis ganglionares de ambos componentes⁴.

La TC de alta definición es la prueba con la que se pueden identificar las lesiones sospechosas. También destacan la gammagrafía con octeótrido marcado que permite localizar pequeños tumores y residuos tumorales de lesiones extirpadas.

Junto con las pruebas de imagen en estos casos son necesarios los marcadores biológicos. Uno de los mejores marcadores generales es la cromogranina A. Es una proteína secretora presente en los gránulos densos de las células neuroendocrinas. Es el marcador tumoral más sensible (60-90%), y valores iniciales muy altos pueden tener valor pronóstico¹.

El síndrome carcinoide es frecuente en los pacientes con metástasis hepáticas. En ocasiones se observa dolor abdominal y obstrucción intestinal, pero hasta un 50% de los pacientes no presenta síntomas⁵.

Respecto al tratamiento, en general toda metástasis de localización hepática que pueda researse debe extirparse. Se aconseja siempre un estudio exhaustivo previo a cualquier decisión terapéutica. Si el tumor primario no se identifica, estaría indicada la resección de la metástasis y control post-operatorio.

Bibliografía

1. Salazar R, Villabona C, Fabregat J. Tumores neuroendocrinos, gastrointestinales y pancreáticos. Med Clin (Barcelona). 2006;127:227-31.
2. Altamirano E, Pollino D, Drut R. Carcinoma neuroendocrino bien diferenciado (carcinoide) hepático primario. Rev Esp Patol. 2010;43:165-7.
3. Senra Armas L, Roca Campañá V, Pérez Suárez JC, Hernández Castro JL, Cand Huerta C, Suárez Navarro E. Cáncer diseminado y

supervivencia prolongada. A propósito de un caso. *Revista Cubana de Medicina*. 2009;48:119–24.

4. Lewin K. Carcinoid tumors and the mixed (composite) glandular-endocrine cell carcinomas. *Am J Surg Pathol*. 1987;11 Suppl 1:71–86.
5. O'Connor J. Carcinoma neuroendocrino bien diferenciado: formas de presentación y consideraciones terapéuticas basadas en la patología, en la clínica y en la evidencia científica. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2009;39:32–6.

N. Torra Solé, L. Montero García y M. Gràcia Vilas*

Centro de Atención Primaria Tàrrega, Tàrrega, Lleida, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mgvilas@hotmail.com (M. Gràcia Vilas).

doi:10.1016/j.semerg.2011.10.019

La utilidad del test de Tzanck para confirmar el diagnóstico de herpes cutáneo

Use of the Tzanck test for confirming the diagnosis of cutaneous herpes

Sr. Director:

Presentamos el caso de una niña de 9 años, sin antecedentes de interés, que consultó por aparición en menos de 24 h de múltiples vesículas arracimadas sobre base eritematosa, en la cara posterolateral de la pierna derecha, que producían prurito y escozor (fig. 1 A). Las lesiones planteaban el diagnóstico diferencial entre infección herpética, picaduras, dermatitis de contacto o impétigo ampolloso. El estudio directo del contenido de una de las vesículas mostró cambios citopáticos típicos de infección por Herpesvirus, con presencia de células gigantes multinucleadas (fig. 1 B). Basándonos en la correlación clinicocitológica, el diagnóstico fue de herpes zóster. Como tratamiento, se pautó aciclovir oral y mupirocina tópica.

El diagnóstico de herpes cutáneo suele ser clínico sin necesidad de realizar pruebas complementarias que lo confirmen. No obstante, en ocasiones, las infecciones

herpéticas pueden presentar formas atípicas y simular otros procesos¹.

El test de Tzanck (TT) es un examen directo que permite confirmar cualquier forma de infección por Herpesvirus, tanto las causadas por herpes simple tipos I y II como por virus varicela-zóster, antes de iniciar un tratamiento antiviral empírico. Su papel diagnóstico resulta especialmente relevante en las formas clínicas atípicas, como ocurre en el paciente inmunodeprimido, en el que la infección herpética puede mostrarse en forma de úlceras de evolución tórpida en lugar de las clásicas vesículas, o en aquellos casos en los que el diagnóstico de sospecha es poco frecuente para la edad del paciente, como en el caso presentado de herpes zóster en una niña^{2,3}. El test de Tzanck consiste en la toma de una muestra del contenido líquido de las vesículas herpéticas o del frotis de la base de las lesiones úlcero-costrosas. Esta muestra se fija en un portaobjetos y se tiñe con tinción de Giemsa o azul de toluidina, con el fin de observar el efecto citopático que ejerce el virus. A pesar de ser una técnica clásica, el TT sigue teniendo una gran utilidad clínica, y representa un método sencillo y económico de confirmar de forma rápida el origen herpético de una lesión cutánea, sobre todo en ámbitos médicos en los que no se disponga de técnicas como PCR o real time PCR para el diagnóstico de las infecciones herpéticas²⁻⁴.



Figura 1 A) Múltiples vesículas arracimadas sobre base eritematosa, en la cara posterolateral de la pierna derecha, que producían prurito y escozor. B) Cambios citopáticos típicos de la infección por Herpesvirus, con presencia de células gigantes multinucleadas.