



287/16 - LESIÓN GÁSTRICA: HALLAZGO ECOGRÁFICO QUE ORIENTÓ EFICAZMENTE EL DIAGNÓSTICO

V. Moncayo Torres^a, M. Uberhuaga Candia^a, A. Martínez Báez^b, O. Vicente López^c, Á. Mellizo Moya^d y R. Ruiz Ramos^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Marazuela. Las Rozas. Madrid.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud La Marazuela. Las Rozas. Madrid. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Las Rozas El Abajón. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 86 años con antecedentes de dislipemia, HTA, FA y cardiopatía isquémica. Acude por dolor en epigastrio continuo que mejora tras la ingesta, en ocasiones generalizado, de un mes de evolución. No náuseas ni vómitos, ni melenas. Realiza unas 2-3 deposiciones a la semana.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física el abdomen es blando, depresible, sin irritación peritoneal, con dolor a la palpación profunda en flanco izquierdo. Se le realiza ecografía abdominal ese mismo día en Atención Primaria detectando hígado con dos pequeños quistes simples de 19 y 9 mm. Vesícula biliar, vía biliar, bazo y ambos riñones sin alteraciones. En epigastrio en contacto con lóbulo hepático izquierdo y cuerpo pancreático se detecta imagen anecogénica ovalada, bien delimitada, con material ecogénico en su interior, que deja sombra y que en algunos cortes impresiona de gas, que parece corresponder a antro gástrico, si bien se administra agua sin que se modifique. En analítica urgente detectamos anemia con Hb 7,8 g/dl normocítica. Por dicho motivo se deriva a urgencias hospitalarias. Gastroscoopia: Esófago con motilidad y mucosa conservadas, sin lesiones ni varices esofágicas. Estómago con antro deformado. Mucosa antral infiltrada, con región mamelonada en curvatura mayor, con áreas ulceradas con sangrado al roce y otras cubiertas de fibrina. Fundus, cuerpo, incisura con mucosa adelgazada. Se toman biopsias de área mamelonada y de cuerpo gástrico. Píloro permeable. Duodeno sin alteraciones. Resultado de anatomía patológica carcinoma neuroendocrino de alto grado, no célula pequeña.

Juicio clínico: Carcinoma neuroendocrino de alto grado, no célula pequeña de origen gástrico, T4N1M0, estadio IIIB.

Diagnóstico diferencial: Síndrome carcinoideo, otras neoplasias gástricas.

Comentario final: Los tumores neuroendocrinos se originan en las células enterocromafines presentes por todo el organismo. Los tumores carcinoides o neuroendocrinos del tubo digestivo, anteriormente considerados como raros, son ahora diagnosticados con mayor frecuencia debido al

aumento en la capacidad para identificar las células del sistema neuroendocrino tanto en condiciones normales como patológicas y a las técnicas diagnósticas. En ocasiones secretan una gran variedad de sustancias vasoactivas que producen el característico síndrome carcinoide. Los tumores neuroendocrinos gástricos se clasifican según su grado de diferenciación en bien diferenciados y mal diferenciados o carcinomas neuroendocrinos. Los tumores mal diferenciados o carcinomas neuroendocrinos gástricos, representan el 5 a 15% de todos los carcinoides gástricos. Afectan con mayor frecuencia a pacientes de edad avanzada y sexo masculino. Generalmente son grandes, con infiltración local extensa. Debido a su pobre diferenciación no suelen asociarse a síndromes de secreción endocrina. La localización más frecuente es el antro. Son tumores muy agresivos con alto porcentaje de metástasis al momento del diagnóstico. La recurrencia es la regla, lo que influye negativamente en la supervivencia. La cirugía radical con resección en bloque de órganos contiguos es la mejor opción de tratamiento.

Bibliografía

1. Öberg K. Tumores neuroendocrinos gastrointestinales y pulmonares (tumores carcinoides), síndrome carcinoide y trastornos relacionados. Tratado de endocrinología, 13^a ed. 2017. p. 1833-53.