



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 329/51 - DIARREAS SIN FRENO

M. Abuhassira<sup>1</sup>, P. López Tens<sup>2</sup>, A. Blanco García<sup>3</sup>, M. Guerra Hernández<sup>3</sup>, D. Fernández Torre<sup>4</sup>, M. González Piñuela<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Dobra. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria. <sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Cantabria. <sup>5</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 82 años que presenta deposiciones líquidas sin productos patológicos de predominio nocturno hasta 12 al día, de siete meses de evolución. Pérdida de 5 kg de peso. Astenia y anorexia. Ingresa por empeoramiento clínico, siendo dada de alta asintomática. Reingresa a las 48 horas por nuevo cuadro diarreico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientada. Hidratada y perfundida. Normal coloración cutánea y de mucosas. Tórax: Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: anodino. Extremidades: No edemas. No signos de TVP. Pulsos pedios +. Hematometría: Hb 11,50 g/dl, Hto 34,90%, resto normal. Bioquímica: normal. Gastrina 687 pg/ml. Ac anti-transglutaminasa IgA Negativo. Marcadores tumorales : normales. TAC de abdomen: lesión metastásica hipervascular en parénquima hepático en segmento VII. Resto normal. Colonoscopia: sin hallazgos relevantes. Gastroscopia: hernia de hiato axial, mostrando en el esófago distal erosiones amplias a lo largo de toda la línea Z que ocupan toda la circunferencia. Gastritis petequeal en cuerpo y fundus. Úlcera duodenal. TAC Cerebral: normal. Gammagrafía: focos metastásicos en segmentos VI y VII y en el lóbulo hepático izquierdo. Ecoendoscopia: Masa en cola de páncreas cuya biopsia resulta de carcinoma neuroendocrino de bajo grado.

**Juicio clínico:** Carcinoma neuroendocrino de páncreas estadio IV (gastrinoma).

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedades inflamatorias intestinales, enfermedad celiaca, gastroenteritis infecciosas, enfermedad hepatocelular, hipertiroidismo.

**Comentario final:** Nuestro caso se trató ambulatoriamente con antibiótico y antidiarreico sin mejoría clínica. Fue ingresada por empeoramiento clínico en digestivo donde se pautó altas dosis de omeprazol y tras la mejoría clínica, es dada de alta, reingresando a las 48h por nuevo cuadro diarreico. Se decide realizar un TAC abdominal donde se visualiza lesiones focales en segmento VII del hígado que se confirman con USE y OcteoScan. Se completa el estudio con Ecoendoscopia donde aprecian una masa en cola del páncreas cuya biopsia confirma carcinoma neuroendocrino de páncreas de bajo grado. Dada la edad, bajo grado histológico y encontrándose asintomática la paciente, se decide seguimiento de forma ambulatoria en consultas. El síndrome de Zollinger-Ellison

se caracteriza por el aumento en la secreción de ácido gástrico que origina enfermedad péptica severa relacionada con el ácido y diarrea, es causado por la secreción de gastrina por tumores neuroendocrinos duodenales o pancreáticos (gastrinomas). Se forma habitualmente en la cabeza del páncreas y a veces en el intestino delgado. La mayoría son malignos. Para detectar y diagnosticar tumores neuroendocrinos de páncreas se utilizan pruebas de laboratorio y de imagen. Ciertos factores afectan el pronóstico y las opciones de tratamiento.

### **Bibliografía**

-Schiller LR, Sellin JH. Diarrhea. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management. 9th ed. Philadelphia: Saunders-Elsevier; 2010: 211-32.