



## P-279 - DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO CON LESIONES HEPÁTICAS DE COMPONENTE METASTÁSICO EN RELACIÓN A TUMOR NEUROENDOCRINO

N. Quevedo Saldana, M.B. Esteban Rojas, M. González Manso, F. Cabezudo Moreno y M. Gómez López Totón

CS Zona Centro.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 52 años, valorada en consulta por dolor abdominal de tipo inespecífico, sin modificación con los alimentos que mejora con la ingesta de analgésicos, sin alteraciones en la defecación, ritmo intestinal conservado, no pérdida de apetito, no pérdida de peso. Antecedentes patológicos: HTA, colecistectomizada (hace 6 años).

**Exploración y pruebas complementarias:** TA. 100/60, Buen estado general, Eupneica. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no visceromegalias, no masas. Miembros inferiores: pulsos periféricos simétricos presentes, no edemas. Resto normal. Analítica: sangre. Hemograma normal, urea y creatinina normales, colesterol total 220 mg/dl, TSH normal. Eco abdominal: se aprecia cinco lesiones ocupantes de espacio (aprox. 2 cm), hipoecogénicas, aspecto sólido, ninguna capta doppler. Hígado de aspecto metastásico. Con estos hallazgos y clínica se deriva paciente a Urgencias hospitalarias, ingresando a cargo de Digestivo para estudio; realizándose diferentes pruebas en busca de tumor primario. Analítica: cobre y ceruloplasmina normal. Autoinmunidad ANA, AMA, Anti LKM I y anti músculo liso negativos. Celiaquía negativa. Metabolismo del hierro normal. Ac. fólico y B12 normales. Inmunoproteínas séricas IgA 327, resto normal. VIH, VHC, Ag HBs, Ac anti HBc y anti HBs negativos. Cromogranina A normal. Insulina 14 normal. Péptido C normal. Gastrina normal. Ac anti células parietales y Ac anti factor intrínseco negativos. Marcadores tumorales normales. 5-HIAA en orina 24h 11,9 mg (VN 2-9). TAC tórax-abdomen: lesiones descritas en ecografía, probable adenoma suprarrenal izquierdo. RMN abdomen: lesiones nodulares hiperintensas (al menos 14), de predominio en lóbulo derecho, captación nodular precoz (con contraste), compatibles con metástasis. Endoscopia: normal. Colonoscopia: Pólipos colónicos extirpados. Mamografía y citología: normales. PET-TAC: foco milimétrico hipermetabólico en colon transversal (tercio medio-distal) en probable relación a pólipo. No focos hipermetabólicos. Biopsia hepática: tumor neuroendocrino de bajo grado. Cápsula endoscópica: en íleon proximal nódulo submucoso de 4-6 mm, compatible con carcinoide. Se deriva a la paciente a cirugía para extirpación de tumor (resección de íleon). La paciente evoluciona de manera favorable tras la intervención quirúrgica, en tratamiento con somatostatina.

**Juicio clínico:** Tumor neuroendocrino de íleon con metástasis hepáticas.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome carcinoide. Tumor neuroendocrino.

**Comentario final:** El tumor carcinoide es un tipo de tumor neuroendocrino de crecimiento lento, originarios de las células enterocromafines, que secretadoras de serotonina, su escasa sintomatología hace que el diagnóstico sea tardío, generalmente cuando ya presentan metástasis hepáticas o en otros órganos (Íleon, ciego, colon y estómago), 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 metástasis. En este tipo de tumores se debe considerar la resección quirúrgica; en cuanto al tratamiento destaca el empleo como análogos de la somatostatina.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Martínez-Quintana E, et al. Metastatic carcinoid tumor presenting as right sided heart failure. *Int J Endocrinol Metab.* 2013;11:120-5.
2. Altamirano E, et al. Carcinoma neuroendocrino bien diferenciado (carcinoide) hepático primario. *Rev Esp Patol.* 2010;43:165-7.
3. Sarmiento JM, Que FG. Hepatic surgery for metastases from neuroendocrine tumors. *Surgical Oncology Clinics of North America.* 2003;12:231-42.