



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-667 - HEMOPERITONEO MASIVO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN TUMOR NEUROENDOCRINO NO FUNCIONAL DE PÁNCREAS

Cáceres Nevado, María del Carmen; Vecino Bueno, Cristina; García Izquierdo, Fernando; Manzano Martín, María Isabel; Lledó Izquierdo, Isabel; Pozuelos Rodríguez, Ana María; Masiá Palacios, Andrea; Caro Mancilla, Alfredo

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Resumen

Introducción: Por tratarse de una forma de presentación extremadamente inusual se presenta un caso de hemoperitoneo secundario a tumor neuroendocrino no funcional de páncreas intervenido en nuestro Hospital.

Caso clínico: Mujer de 34 años con antecedentes de hipotiroidismo e HTA, acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado de inicio brusco de 48 horas de evolución. A la exploración física presenta regular estado general, TA 110/70 y FC 97. El abdomen es blando y depresible con dolor generalizado a la palpación y peritonismo discreto sin defensa abdominal. Había consultado en Urgencias el día previo por el mismo motivo, realizándose TC abdominal que informaba de la presencia de líquido libre entre asas y de masa de 5,8 × 6 × 5 cm a nivel de cola de páncreas de límites bien definidos y calcificación periférica, compatible con neoplasia de origen neuroendocrino o pseudoquiste pancreático complicado, siendo dada de alta para estudio en Consultas Externas de Medicina Interna. Ante los hallazgos clínicos se solicita analítica donde destaca: Hb 9 g/dl (11,9 previa) ligera neutrofilia y PCR 191 mg/L (previa 30,3) y nuevo TC abdominal que evidencia aumento del líquido libre con respecto al TC previo, especialmente entre curvatura mayor gástrica y la masa pancreática. Se decide intervención quirúrgica urgente apreciándose hemoperitoneo de dos litros y lesión de aspecto quístico dependiente de cola de páncreas con una fisura única sangrante responsable del hemoperitoneo. Durante la disección del mismo, se produce sangrado importante que proviene de la vena esplénica a la que se encuentra íntimamente adherido y del hilio esplénico que condiciona inestabilidad hemodinámica de la paciente. Una vez estabilizada, se realiza extirpación total del quiste y esplenectomía. La paciente presenta un postoperatorio inicial favorable, complicado durante su ingreso en planta por la aparición de una fístula pancreática de bajo débito con resolución con tratamiento conservador. Fue dada de alta al mes de la intervención quirúrgica. Los resultados de anatomía patológica mostraron que se trataba de un tumor pancreático neuroendocrino no funcionante bien diferenciado y de bajo grado.

Discusión: Los tumores neuroendocrinos de páncreas constituyen una entidad muy infrecuente, con una incidencia estimada en menos de 5 casos por cada millón de habitantes al año. La mayoría son no funcionantes y suelen diagnosticarse en estadios avanzados debido a su naturaleza relativamente indolente y su crecimiento lento que causa un retraso en la aparición de los síntomas, los cuales están relacionados con el efecto masa del tumor, la invasión de estructuras adyacentes o la

presencia de metástasis. Estos síntomas pueden incluir: dolor abdominal, pérdida de peso, anorexia, náuseas e ictericia. De modo que, lo llamativo de este caso, no es solo la presencia de un tumor tan infrecuente sino la forma de presentación con rotura espontánea y hemoperitoneo, encontrando en la literatura revisada únicamente un caso publicado de similar presentación donde la paciente falleció.