



P-134 - TUMORACIÓN MESENTÉRICA SUGESTIVA DE TUMOR CARCINOIDE: NO TODO ES LO QUE PARECE

Serafini Vicencio, Sebastián Pablo; Acín Gándara, Débora; Medina García, Manuel; Ruiz Úcar, Elena; Haro Preston, Pablo; Fernández Briones, Paula; Muñoz Martín, María; Pereira Pérez, Fernando

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Resumen

Introducción: El carcinoma renal de células claras es la neoplasia renal más frecuente, supone entre un 70-80% de las neoplasias renales. Este tipo de tumor puede metastatizar de forma tardía. Las localizaciones más frecuentes son pulmonares, linfáticas, hepáticas, óseas, adrenales y musculoesqueléticas. Los tumores carcinoides, aunque raros, suponen el tumor neuroendocrino más frecuente del tracto digestivo, y de estos, aproximadamente la mitad se localizan en el intestino delgado. Presentamos un caso de metástasis tardía de un carcinoma renal de células claras en el cual se sospechaba un tumor carcinóide.

Caso clínico: Varón de 75 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y dislipemia, diagnosticado en noviembre de 2016 de carcinoma renal de células claras pT3aN0M0R0, por lo que se le somete a una nefrectomía radical derecha en enero de 2017. Tras ello, se realiza seguimiento por el Servicio de Urología mediante pruebas de imagen sucesivas. En TC de control, cuatro años después de la intervención, se objetiva un nódulo peritoneal mesentérico de 14,5 mm inespecífico. Se realiza TC de control un año después y aunque no presenta cambio de tamaño se recomienda realizar pruebas complementarias ante sospecha de tumor carcinóide. También se objetiva la presencia de una hernia inguinal derecha con cúpula vesical en saco herniario. Valorado en Comité Multidisciplinar de Tumores Urológicos, se solicita SPECT con receptores de somatostatina, en el que se observa discreta captación focal del nódulo mesentérico conocido en flanco derecho y en otro milimétrico adyacente, compatible con capacidad leve para captar en receptores de somatostatina tipo 2. Ante la duda diagnóstica, se realiza PET Ga68, que evidencia captación patológica del radiotrazador por parte de ambos nódulos mesentéricos. Con dichos hallazgos y ante la sospecha de tumor carcinóide, es intervenido de forma programada. Se realiza una laparotomía media, exploración de cavidad abdominal con presencia de múltiples adherencias firmes, gran tumoración mesentérica con retracción del mesocolon derecho (compatible con las lesiones visualizadas en PET Ga68), malrotación intestinal con la 3ª y 4ª porciones duodenales y yeyuno en hipocondrio derecho-celda renal derecha, así como hernia inguinal derecha en pantalón de gran tamaño con cúpula vesical introducida en el saco herniario. Tras exploración de todo el ID, sin objetivar tumoración primaria, se realiza hemicolectomía derecha en bloque con la tumoración mesentérica y una hernioplastia inguinal derecha. El posoperatorio transcurre sin incidencias. El diagnóstico anatomopatológico revela que ambos nódulos corresponden con metástasis de carcinoma renal de células claras, por lo que se considera una recidiva del carcinoma tratado en 2017. Se realiza PET

Ga68 posteriormente sin objetivar hallazgos significativos, ni captaciones patológicas.

Discusión: Es conocido el valor de las pruebas complementarias, ya que son una herramienta muy útil en la práctica clínica para orientar el diagnóstico de un paciente, sin olvidar uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta y que tiene gran peso, sus antecedentes personales. El trabajo conjunto con anatomía patológica nos aporta precisión diagnóstica y conlleva a un tratamiento y manejo más personalizado del paciente, permitiendo una toma de decisiones óptima.