



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 210/80 - DIAGNÓSTICO CASUAL DE TUMOR NEUROENDOCRINO DE PULMÓN

C. Celada Roldán<sup>a</sup>, C.G. Zambrano Clavier<sup>b</sup>, K.P. Baldeón Cuenca<sup>c</sup>, M.J. Conesa Espejo<sup>d</sup>, C. Sánchez Pérez<sup>d</sup> y M. García Aroca<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. <sup>c</sup>Médico de Familia.

Centro de Salubesaya. Torrelavega. Residente de 1º año. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barrio Peral.

Cartagena. Médico Residente de 3º año. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Los Dolores. Médico Residente de 3º año.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 45 años hipertenso y fumador de 40 paq/año que acude a nuestra consulta ya que refiere empeoramiento de omalgia izquierda sin irradiación y sin limitación funcional de dos meses de evolución no asociada a traumatismo previo, enfocada inicialmente como tendinitis del manguito de rotador con pautas ascendentes de analgesia y antiinflamatorios sin referir mejoría. Niega disnea, dolor torácico ni síndrome constitucional.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, saturación oxígeno al 94% sin trabajo respiratorio. Moderada disfonía. Dolor en hemitórax izquierdo con irradiación a hombro pero sin limitación de movimientos activos/pasivos. Negatividad para signo de Apley y signo del brazo caído. Fosa supraclavicular izquierda empastada. Gasometría arterial con insuficiencia respiratoria parcial en Rx de tórax de control evidencia de consolidación apical en el pulmón izquierdo por lo que se deriva para estudio. Analítica sin alteraciones excepto LDH: 354. TAC/PET-TAC se evidencia masa en el mediastino anterior, prevascular izquierda lobulada, de densidad heterogénea con calcificaciones en su interior que mide 8,47 × 7,52 × 9,53 cm con infiltración vascular y varias adenopatías paratraqueales bilaterales y subcarinales atelectasias subsegmentarias en el LII y llingula. Biopsia: carcinoma neuroendocrino de células intermedias. mide 9,85 × 8,35 × 10,65 cm con un SUV<sub>MX</sub> de 12,20 y una adenopatía prevascular. Ecografía de cuello sin adenopatías. TAC de SNC sin metástasis.

**Juicio clínico:** Carcinoma neuroendocrino de células intermedias (CNCI) T4N2M0.

**Diagnóstico diferencial:** Tendinitis de manguito rotadores, síndrome subacromial, neumonía, atelectasia, etiología mediastínica (timomas, linfomas, teratomas).

**Comentario final:** El CNCI es un tumor poco frecuente que da poca clínica hasta estadios avanzados y con un pronóstico generalmente malo a corto-medio plazo. Importancia desde primaria de no infradiagnosticar síntomas ya que en ocasiones se puede enmascarar procesos importantes con pronósticos comprometidos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bini A, Brandollini J, et al. Typical and atypical pulmonary carcinoid: our institutional experience. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 2008;7:415-8.
2. García Yuste M, Molins L, et al. Tendencias en los factores pronósticos de los tumores pulmonares neuroendocrinos. *Arch Bronconeumol*. 2007;43:549-56.