



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

329/57 - GASTRINOMA SÍ, GASTRINOMA NO

I. García Terán¹; E. López Fernández²; P. Fernández Pérez³; P. Castro Sandoval⁴; B. Haro Martínez⁵; M. Minguéz Picasso⁶.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria. ²Especialista Aparato Digestivo. Hospital Sierrallana. Cantabria. ³Hospital Sierrallana. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Cantabria. ⁵Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. ⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Centro de Salud Cabezón de la sal. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 74 años, no alergias conocidas, hipertenso, diabético, dislipémico, síndrome prostático, operado de úlcus gastroduodenal perforado y hernia inguinal, tratamiento habitual: esomeprazol, metformina, valsartán, repaglinida, fenofibrato, atorvastatina, ácido acetil salicílico y tamsulosina. Acude a consulta de Atención Primaria presentando 5-6 deposiciones diarias hace 5-6 meses y pérdida de 15 kg de peso, sin productos patológicos, fiebre u otra clínica. Exploración física completa anodina. Se realizó analítica: coagulación, hemograma y bioquímica, incluidas hormonas tiroideas, PFH y estudio férrico, coprocultivos y estudio de celiaquía normales. Derivado a Digestivo por persistencia de la clínica, dónde completaron el estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Marcadores tumorales: cromogranina A 189,4 nm/l, glucagón 188 pg/ml, gastrina 174 pg/ml, resto normales. Gammagrafía-SPECT: foco de captación bien delimitado, en triángulo de Passaro, en contexto clínico podría corresponder con tumor neuroendocrino (gastrinoma como primera posibilidad). Tomografía computarizada abdominal con contraste: imágenes sugestivas de hepatopatía crónica, sin captaciones en fase arterial sugestivas del gastrinoma sospechado, sin adenopatías patológicas intraabdominales ni otros hallazgos patológicos. Ecografía abdominal: sin hallazgos patológicos. Gastroscopia: sin hallazgos patológicos hasta segunda porción duodenal, se tomas muestras para biopsia. Colonoscopia: sin hallazgos patológicos hasta íleon terminal, se toman muestras aleatorias. Anatomía Patológica: mucosa gástrica antral con inflamación crónica y metaplasia intestinal, sin hallazgos de *Helicobacter pylori*.

Juicio clínico: Tumor neuroendocrino enteropancreático sugestivo de gastrinoma.

Diagnóstico diferencial: Parasitosis intestinal. Colitis bacteriana. Colitis microscópica. Iatrogenia farmacológica. Hipertiroidismo. Hiperplasia de células G. Síndrome de antro retenido

Comentario final: El gastrinoma es un tumor neuroendocrino funcional enteropancreático, originado de células beta y productor de gastrina. Puede ser único o múltiple, esporádico o asociado a neoplasia múltiple endocrina tipo 1 en 20-30% de casos. Localizado a nivel pancreático o duodenal principalmente, 5-15% de casos tienen localizaciones distintas, abdominales (estómago, nódulos

linfoides, hígado, vías biliares, ovario) o extraabdominales (corazón, cáncer de células pequeñas pulmonar). Presente en 75% o más de los síndromes de Zollinger-Ellison y maligniza en 50% de casos aproximadamente. Clínica habitual por exceso de gastrina, produce aumento de secreción ácida gástrica: úlceras pépticas refractarias al tratamiento con inhibidores de bomba de protones, dolor abdominal, diarrea crónica, reflujo esofágico, y ocasionalmente pérdida de peso o hemorragia digestiva. Tratamiento con inhibidores de bomba de protones a altas dosis, cirugía (laparotomía exploradora y resección si es posible, incluso con pruebas de imagen negativas-hasta 20% de casos-), radioterapia o quimioterapia cuando maligniza, y análogos de somatostatina en casos refractarios. Nuestro paciente fue derivado a Cirugía General, pero el paciente desestimó la cirugía. Tratado con lanreótido subcutáneo, con favorable respuesta y remisión clínica completa comprobada endoscópicamente. Se mantiene el tratamiento indefinido.

Bibliografía

-Bergsland E. Zollinger-Ellison syndrome (gastrinoma): Clinical manifestations and diagnosis. En: Feldman M. UptoDate. 2018. [Actualizado febrero 2018, citado 3 marzo 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate-com.scsalud.a17.csinet.es>