

## IMAGEN DEL MES

### Tumor neuroendocrino no funcionante retrocava Non-functioning neuroendocrine tumor retrograde



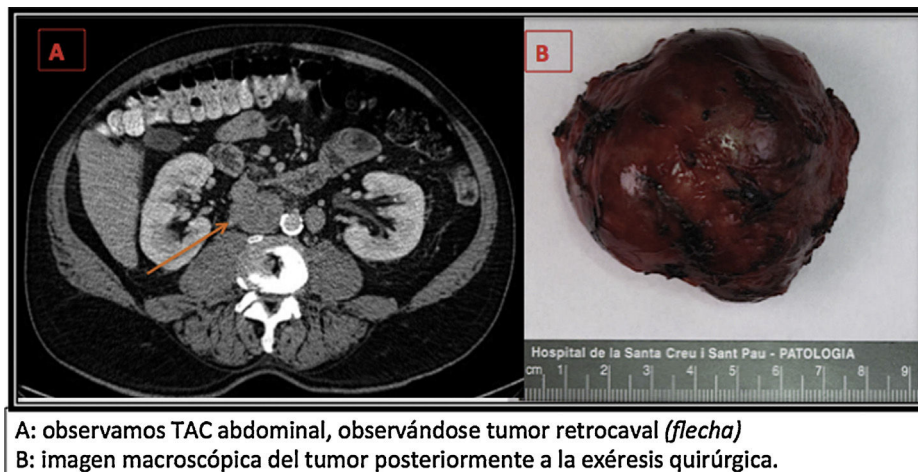
Idoia Bonet<sup>a,\*</sup>, Santiago Sanchez-Cabús<sup>b</sup>, Jose Antonio González<sup>c</sup> y Antonio Moral<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Cirugía General y Digestivo, Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, Barcelona, España

<sup>b</sup> Sección de Cirugía Hepatobiliar, Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, Barcelona, España

<sup>c</sup> Sección de Cirugía Endocrina y Sarcomas, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

<sup>d</sup> Servicio de Cirugía General, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España



**Figura 1** A) TAC abdominal observándose tumor retrocaval (flecha). B) Imagen macroscópica del tumor posterior a la exéresis quirúrgica.

Los tumores neuroendocrinos son un tipo de neoplasias epiteliales de baja incidencia, clínica silente y diagnóstico tardío, de localización principalmente gastrointestinal y cuya única opción curativa es el tratamiento quirúrgico con una resección R0<sup>1,2</sup>. Presentamos el caso de un paciente asintomático diagnosticado incidentalmente de un tumor

neuroendocrino localizado a nivel retrocaval, localización excepcional en este tipo de tumores. La TAC abdominal mostró una masa retroperitoneal bien delimitada de 59 × 48 mm, caudal a la vena renal izquierda. Además, se observa como variante anatómica una doble cava inferior infrarenal izquierda, por tanto dicha tumoración se encuentra posterior a la vena iliaca primitiva derecha dada la variante anatómica (fig. 1).

El octreoscan mostró un foco retroperitoneal a nivel de L2-L3 con expresión de receptores para la somatostatina, apoyando el diagnóstico de tumor neuroendocrino.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: idoia.bonet@gmail.com (I. Bonet).

Se intervino quirúrgicamente consiguiéndose una resección quirúrgica completa.

El resultado definitivo de la anatomía patológica fue de un TNE grado II de la OMS de 51 mm de diámetro máximo, con márgenes de resección libres de enfermedad con un Ki-67 del 10%, un índice mitótico de 9 mitosis/50 campos de gran aumento, con presencia de imágenes de infiltración neoplásica capilar en la periferia de la lesión y con una afectación ganglionar de 0/5 ganglios linfáticos.

## Bibliografía

1. Dasari A, Shen C, Halperin D, Zhao B, Zhou S, Xu Y, et al. Trends in the incidence, prevalence, and survival outcomes in patients with neuroendocrine tumors in the United States. *JAMA Oncol.* 2017;3:1335–42.
2. Oronsky B, Ma PC, Morgensztern D, Carter CA. Nothing But NET: A Review of Neuroendocrine Tumors and Carcinomas. *Neoplasia.* 2017;19:991–1002.