

**METÁSTASIS DE TUMOR NEUROENDOCRINO DE PRIMARIO DESCONOCIDO.**

Jocelyn Cortés Rivera<sup>1</sup>, Daniela Paz Navarrete Montalvo<sup>1</sup>, Catalina Tobar Bustos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Dr. Gustavo Fricke Viña del Mar.

**INTRODUCCIÓN:** La metástasis de tumores neuroendocrinos (TNE) de primario desconocido se refiere a aquellas neoplasias que tras estudio diagnóstico no es posible identificar el tumor primario. Ocurre en el 13% de los TNE y tienen sobrevida promedio de 30% a los 5 años. La localización hepática es la más frecuente, y el origen sería TNE gastroenteropancreático (GEP) en la mayoría de los casos. Aquellos tumores irresecables se recomienda radionucleótidos, radiofrecuencia, embolización o análogos de somatostatina (ASS) que retrasan progresión de enfermedad. **CASO CLÍNICO:** mujer de 37 años, con hipotiroidismo y asma bronquial compensados. Consulta por historia de 3 años de evolución de RGE y baja de peso progresiva de 20 kilos. Al examen físico destaca gran masa en hipocondrio derecho de aproximadamente 20 cm y nódulo tiroideo derecho de 3 cm.

TC abdomen (2017): hepatomegalia, masa heterogénea con áreas quísticas tabicadas de 8 cm.

RM abdomen (2017): múltiples masas heterogéneas confluentes, áreas de necrosis, en total miden 20 cm.

Endoscopia alta (2017): normal.

Biopsia hepática (2018): TNE, cromogranina (CgA) granular (++); CK7 (++); CK 20, PAX 8, A1At, alfafetoproteína, CEA, TTF1, calcitonina y receptores de estrógenos negativos. Ki 67: 3%.

68 galio PET CT: nódulo tiroideo derecho SUV 3; masa heterogénea por conglomerado de masas necróticas y sólido quísticas hipercaptantes, la mayor de 13 cm, SUV 11.5. No se identifica primario, adenopatías ni otro compromiso a distancia.

Estudio dirigido de nódulo tiroideo derecho: baja sospecha ecográfica ATA, PAF Bethesda II.

Estudio basal: CgA : 944 ng/mL (VN: <108); calcitonina <2 pg/mL (VN <11,5), ácido 5 hidroxindolacético (5HAAI): 54,8 mmol/24 h (VN <34),

Comité oncológico lo define como irresecable y se decide iniciar ASS por no contar con otras alternativas, comenzando en agosto 2018 con 30 mg de Sandostatin LAR.

Exámenes de control (3ª dosis): CgA: 212 ng/mL (VN: <108); 5HAAI: 38 mmol/24 h (VN <34). Buena respuesta clínica, con disminución subjetiva de la masa y menor adinamia.

6ª dosis: CgA: 239 ng/mL (VN: <108); 5HAAI: 48,3 mmol/24 h (VN <34).

68 galio PET CT (feb 2019): múltiples lesiones hipercaptantes, la mayoría sin cambios significativos con respecto al previo, pero algunas presentan menor necrosis, SUV general de 22,7 y con áreas de SUV 12,7. Se identifican dos lesiones caudales en lóbulo hepático izquierdo con mínima captación, pero sin cambios significativos. Se ha hecho evidente una adenopatía a izquierda de tronco celíaco. No se identifica primario ni otro compromiso a distancia.

Abril 2019: 435 CgA: ng/mL (VN: <108); 5HAAI: 62 mmol/24 h (VN <34).

Según evolución eventual postulación a Ley Ricarte Soto para tratamiento de segunda línea de TNE GEP, por ser lo más probable. **CONCLUSIONES:** Las metástasis de TNE primario desconocido tienen un mal pronóstico y la terapia generalmente sólo evita progresión de la enfermedad.

**Financiamiento:** Sin financiamiento