

CC020

SÍNDROME DE VERNER MORRISON: A PROPÓSITO DE UN CASO

BARROS, María Laura; QUINTEROS, María Florencia; GROSSO, Carolina; MORENO SAENZ, Paola; ESTARIO, Maria Eugenia
HOSPITAL CÓRDOBA, SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA, CENTRO FORMADOR UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

SÍNDROME DE VERNER MORRISON: A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Verner Morrison es causado por la presencia de un tumor neuroendocrino pancreático, que secreta cantidades excesivas de polipéptido intestinal vasoactivo (VIP). Representa el 2-4 % de los TNEP y ocurre en 1 persona cada 10 millones por año. Se caracteriza por presentar diarrea acuosa secretora (alcalina), hipopotasemia, hipoclorhidria y acidosis metabólica hiperclorémica. Se presentan a la edad de 30 a 50 años, esporádicos y solitarios con predominio en el sexo femenino. El diagnóstico se establece documentando la presencia de diarrea de naturaleza secretora (usualmente 2- 3 lts/día, que no cede con el ayuno) acompañada de aumento sérico de VIP en ayunas (usualmente > 500). Se deben excluir otras causas más comunes de diarrea crónica como infección gastrointestinal crónica, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de Zollinger Ellison, sida, colitis, síndrome malabsorción o abuso de laxantes. Usualmente se localiza en el páncreas (90%) con un tamaño entre 1 a 7 cm y un alto porcentaje presenta metástasis al diagnóstico. Son demostrados usando ecografía o TAC/RMN y en algunos casos angiografía selectiva, PET/CT con 18 FDG, octreoscan (VIPomas extra pancreáticos de cadena simpática o metástasis) o ecografía endoscópica. El tratamiento inicial consiste en la reposición de fluidos, electrolitos y revertir la acidosis. Se pueden emplear análogos de somatostatina que disminuyen los niveles de VIP e inhiben directamente la diarrea y una vez estabilizado se puede considerar la cirugía que siendo tratamiento definitivo. CASO CLÍNICO: Paciente de sexo femenino de 38 años de edad con antecedentes patológicos de arritmia no filiada y tabaquista, medicada con atenolol, consulta por guardia por presentar diarrea acuosa sin moco sangre o pus de 1 año de evolución acompañado de vómitos alimenticios incoercibles, dolor cólico en hemiabdomen superior con el mismo tiempo de evolución y descenso de 10 kg en ultimo mes. Refiere exacerbación en las dos últimas semanas con 10 deposiciones y 4 - 5 episodios de vómitos diarios. Al ingreso: TA 110/60, T 36,8 con abdomen globuloso doloroso en forma generalizada. El laboratorio al ingreso: GB 15900, Hb 9,6, VSG >120, glucemia 96, creatinina 1,59, Na 151, Cl 111 y K 1,9. Se realiza diagnóstico de síndrome diarreico crónico en estudio. Durante la internación evoluciona con intolerancia vía oral y vómitos postprandiales por lo que se coloca SNG; continúa con diarrea acuosa con secreción mucosa (>10 deposiciones/diarias de 2- 3 lts y débito por SNG de 2 a 3 lts) e incontinencia de esfínteres. Se solicita perfil tiroideo (eutiroidismo), serología viral (HVB- /HIV- /HVC-) serología para enfermedad celiaca (-), coprocultivo (-), marcadores tumorales (CA19 9 - y CEA -) perfil autoinmune (ANCA C y P -) y TAC torácicas y abdominales sin hallazgos de neoplasia. FEDA y colonoscopia: (AP) infiltrado inflamatorio inespecífico. Continúa con trastornos hidroeléctricos a pesar de reposiciones respectivas. La paciente presenta un cuadro con diagnóstico presuntivo de abdomen agudo suboclusivo por lo que se realiza laparotomía exploradora donde se evidencia liquido libre de tipo seroso en cavidad, gran distensión intestinal y ausencia de lesiones en intestino grueso. Debido a sospecha de TNE se solicita cromogranina y VIP. Durante la internación presenta múltiples complicaciones y desarrolla finalmente shock séptico por infecciones intrahospitalarias múltiples con FMO por lo que fallece. CONCLUSIÓN: El interés del caso radica no solo en la baja incidencia de los VIPomas, sino también en el complejo diagnóstico de este síndrome en el cual es necesario un alto índice de sospecha con el objetivo de tener un diagnóstico precoz para evitar graves alteraciones hidroelectrolíticas secundarias, que pueden llegar a causar la muerte así como mejorar el pronóstico y supervivencia.