



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-262 - TUMORES NEUROENDOCRINOS PANCREÁTICOS: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

González Plo, Daniel; Muñoz Rodríguez, Joaquín; Equisoain Azcona, Aritz; Plá Sánchez, Pau; Chaparro Cabezas, M<sup>a</sup> Dolores; Lucena de la Poza, José Luis; Jiménez Garrido, Manuel Cecilio; Sánchez Turrión, Víctor

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

### Resumen

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos pancreáticos (TNEP) suponen entre el 1 y el 5% del total de los tumores pancreáticos. Realizamos una revisión de los casos intervenidos en nuestro centro desde enero 2008 a diciembre 2017.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 22 pacientes intervenidos de TNEP. Se analiza la edad, sexo, sintomatología inicial, pruebas diagnósticas, intervención quirúrgica, características histológicas, recidiva y supervivencia.

**Resultados:** De los 22 pacientes, la mayoría fueron varones (59%) y la edad media de presentación fue de  $56 \pm 13,3$  años. El hallazgo incidental en una prueba de imagen fue la presentación más frecuente (50%). Los síntomas más comunes fueron astenia, pérdida de peso e ictericia. En 5 casos (23%) se trataba de tumores funcionantes, 2 de ellos asociados al síndrome MEN1 (9%), siendo la somatostatina (9%), la gastrina (9%) y el glucagón (4%) las hormonas liberadas con más frecuencia. Las pruebas diagnósticas realizadas fueron TC y RM. Se realizó ecoendoscopia en la mayoría de los casos, así como PAAF guiada por TC o ecoendoscopia. La localización tumoral más frecuente cola de páncreas (12 lesiones, 55%). En cabeza se hallaron 10 lesiones (45%) y en cuerpo 8 lesiones (36%). Hasta 8 pacientes (36%) presentaron localizaciones simultáneas. La elección de la técnica quirúrgica dependió de la localización del tumor. Se realizaron 11 pancreatectomías corporo-caudales con esplenectomía (50%), 6 duodenopancreatectomías cefálicas (27%), 2 pancreatectomías totales con esplenectomía (9%) y 4 enucleaciones (18%, una de ellas asociada a pancreatectomía corporocaudal). El postoperatorio fue favorable en la mayoría de los pacientes. Siete casos (32%) presentaron complicaciones importantes (Clavien Dindo III o IV), siendo reintervenidos 3 pacientes debido a fístula pancreática grado C, dehiscencia de la hepaticoyeyunostomía y perforación intestinal yatrógena. La tasa de fístula pancreática de cualquier grado fue del 27% (3 grado A, 2 grado B, 1 grado C). El tamaño tumoral medio fue de  $3 \pm 2,6$  cm. Se consiguió resección R0 en el 78% casos, R1 el 18% y R2 en un caso (4,5). Según la clasificación de la OMS (tamaño, Ki67, mitosis, angioinvasión, invasión muscular propia, metástasis) el 50% fueron G1, el 36% G2 y un 14% G3. Aquellos pacientes que presentaron recidiva local (4 casos, 18%) o metástasis a distancia (2 casos, 9%, localización hepática), iniciaron tratamiento con análogos de somatostatina, consiguiendo la estabilidad de las lesiones. Sólo un paciente murió a causa del TNEP. Otro falleció por causa distinta (linfoma). Al finalizar nuestro estudio, de los 22 pacientes intervenidos siguen vivos el 90%. De los

pacientes con resección R0 están libres de enfermedad el 90% de los casos y de los R1 el 50%.

**Conclusiones:** En nuestra serie, la cirugía con márgenes microscópicos negativos es el pilar fundamental del tratamiento, en términos de recidiva de la enfermedad. Se debe realizar linfadenectomía e incluso resecciones hepáticas en casos seleccionados. Los resultados quirúrgicos se ajustan a lo mostrado en la literatura internacional, constituyendo la fístula pancreática la principal causa de morbilidad. Los resultados oncológicos son satisfactorios en términos de recurrencia y supervivencia.