



P-107 - Tumores Neuroendocrinos Pancreáticos. Nuestra experiencia

F. Mendoza Moreno, A.J. Pedraza, P. Guillamot Ruano, I. Lasa Unzúe, R. Gómez Sanz, J. Martín Fernández, A. Gutiérrez Calvo y F.J. Granell Vicent

Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

Resumen

Objetivos: Presentar mediante nuestra experiencia el manejo médico quirúrgico y la evolución de los tumores neuroendocrinos no funcionantes de páncreas.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos no funcionantes de páncreas son neoplasias malignas relativamente infrecuentes. Suponen el 1-2% de todas las neoplasias de la glándula pancreática. Representan entre 35 y 50% del total de los tumores malignos del páncreas, se diagnostican entre la quinta y sexta década de la vida y tienen igual distribución por sexo. Aproximadamente el 50% se ubican en la cabeza, proceso uncinado y cuello del páncreas. En la mayor parte de los casos de los estadios precoces la exéresis quirúrgica representa el tratamiento de elección con escasa tasa de recidivas. En aquellos estadios avanzados la terapia biológica y el rescate quirúrgico son opciones factibles debido al buen pronóstico que presentan la mayor parte de estos tumores.

Métodos: Se han analizado los casos de tumor neuroendocrino de páncreas no funcionantes intervenidos en nuestro servicio durante los años comprendidos entre los años 2007 y 2013. Fueron 16 casos, repartidos en 12 mujeres y 4 hombres con una edad media de presentación de 49 años. El estudio anatomopatológico evidenció que en un 81,25% de las histologías pertenecían a tumores neuroendocrinos bien diferenciados tipo G1. Un 18,75% a G2 y no encontramos ningún caso de tumor neuroendocrino G3. En 14 de los 16 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente con criterios de reseabilidad tipo R0. Tan sólo en dos casos se realizó una laparotomía exploradora evidenciando una tumoración irreseable dependiente de glándula pancreática.

Resultados: Se realizaron cinco duodenopancreatectomías cefálicas con reconstrucción tipo Child, ocho pancreatectomías corporo caudales con esplenectomía (dos de ellas por laparoscopia) y una pancreatectomía total al tratarse de una presentación de adenocarcinoma en cabeza pancreática con un foco de tumor neuroendocrino en el cuerpo de la glándula. En todas las cirugías además de la linfoadenectomía reglada se llevó a cabo una colecistectomía. Sólo en dos de los casos se realizó una laparotomía exploradora evidenciando presencia de tumor con invasión local de órganos vecinos no evidenciada en pruebas de imagen. En dos pacientes se evidenciaron metástasis hepáticas y en glándula suprarrenal en el momento de la cirugía que no habían sido evidenciadas en las pruebas de imagen. Sólo un paciente en nuestra serie presentó recidiva local en forma de masa retroperitoneal. En estos tres casos fue necesaria el empleo de análogos de la somatostatina (Sandostatin®). Tan sólo un paciente falleció como consecuencia de progresión de la enfermedad.

Conclusiones: La cirugía continúa siendo el tratamiento de elección con fines curativos. La mayor incidencia de tumores neuroendocrinos de páncreas se ha visto ligada a la mejora en las técnicas de imagen para su diagnóstico. Dado el buen pronóstico de estas lesiones las enucleaciones o resecciones segmentarias son opciones válidas frente a cirugías más complejas.