



O-140 - TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO: ANÁLISIS COMPARATIVO DE Resultados

M.A. Varona Bosque, N. Afonso Luis, J. García Niebla, C. Díaz López, A. Rossat Rodrigo, F.J. Mendiz García, M.Á. Barrera Gómez y A. Soriano Benítez de Lugo

Hospital Universitario Nuestra Señora Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Objetivos: Los tumores neuroendocrinos (TNE) pancreáticos representan una patología infrecuente y de difícil diagnóstico. Analizamos sus diferencias respecto al resto de resecciones pancreáticas por otras causas.

Métodos: Desde enero 2006 hasta diciembre 2013 se registra prospectivamente pacientes consecutivos con patología pancreática sometidos a resección pancreática en una Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática y comité multidisciplinar.

Resultados: Se obtiene un total de 169 pacientes de los cuales 22 (13%) presentan TNE en la pieza histológica, que constituye la serie de estudio frente a los no TNE. Demografía: Más frecuente en mujeres (72%), con edad media de 49 años. Localización: cuerpo-cola (63%), cabeza (32%) y todo el páncreas (4,5%). Presentación clínica: hallazgo casual (32%), clínica de masa (36%) y con clínica funcionante (13%), en el seguimiento del MEN o VHL (18%). Pruebas complementarias: Ecografía (100%), TAC 100% (objetivando masa en el 20%, ausencia de masa en el 2% y orientativa de TNE en el 3%). La RMN diagnostica un 22% (objetivando masa en un 13% de casos). La CPRE confirma un 9% de éstos, la ecoendoscopia un 45% y la PAAF un 36% (1 caso de ellos a través de CPRE y el resto por ecoendoscopia). En cuanto al octreoscan se realiza en un 31%, siendo positivo en 6 de éstos. La sospecha preoperatoria de TNE es de un 22%, con un error diagnóstico (como neoplasia de páncreas en 40%, cistoadenoma mucinoso en 4,5% y pancreatitis crónica en 4,5%). Acto quirúrgico: acceso abierto (54%), laparoscópico (41%) y conversión (4,5%). Se reseca el 100% de casos, realizándose duodenopancreatectomía cefálica (18%), pancreatectomía distal (54%), total (18%) y enucleación (13%), con resección R0 en 72% de casos y R1 < 1 mm en un 18% y con borde afecto en un 4,5%. Morbilidad (Clavien III-IV): fístula pancreática e infecciones (18%), fístula biliar, hemorragia y retardo de vaciamiento gástrico (4,5%), reintervenciones en un 9% y reingresos (13%). Evolución a largo plazo: recaída hepática (4,5%), sin mortalidad en la serie presentada. Análisis comparativo: hay diferencias estadísticas (p menor 0.05) entre la resección pancreática TNE/no TNE en: mujer (73% vs 44%), ubicación distal (63% vs 20%), error diagnóstico preoperatorio (50% vs 18%), fístulas biliares (0% vs 7,6%), mortalidad global (0% vs 36%) y supervivencia a 1,3 y 5 años de 100/100/100 vs 94/83/76% de la serie global respectivamente tras 30 meses de seguimiento de mediana.

Conclusiones: Incluso con avance en pruebas preoperatorias, el diagnóstico en estos tumores, es

un reto difícil. En nuestra serie, su frecuente ubicación distal respecto a otros tumores pancreáticos, nos permite mayor acceso laparoscópico y menor número fístulas biliares. No se observa diferencias respecto a la serie global en el resto de las complicaciones postoperatorias. Sin embargo, existe mayor error diagnóstico preoperatorio. No existe mortalidad postoperatoria ni a largo plazo en la serie analizada, con significado estadístico frente a otras indicaciones de resección pancreática.