



# Cirugía Española

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



## P-219 - USO DE LA ELECTROPORACIÓN IRREVERSIBLE EN TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO EN PACIENTE DE ALTO RIESGO QUIRÚRGICO

*Savoie Hontoria, María; Reyes Correa, Betsabé; Padilla Quintana, Javier; González de Chaves, Pilar Elena; Sanz Pereda, Pablo; Vázquez Sánchez, Víctor; Portero Navarro, Julián; Barrera Gómez, Manuel Ángel*

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.*

### Resumen

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos (TNE) pancreáticos son neoplasias poco frecuentes (< 1 por 100.000 habitantes), aunque se ha observado un aumento de su incidencia en probable relación con las técnicas de imagen. La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección y suele tener buenos resultados en aquellos tumores resecables sin metástasis a distancia. El empleo de técnicas ablativas, como la electroporación irreversible (IRE), puede suponer una opción terapéutica intermedia en pacientes con tumores localizados no candidatos a tratamiento quirúrgico. No obstante, la experiencia en el tratamiento de TNE pancreáticos es escasa, habiendo únicamente 5 casos descritos en la literatura. El objetivo de este artículo es presentar el caso de una paciente con diagnóstico de TNE de cabeza de páncreas tratada con IRE en dos ocasiones.

**Caso clínico:** Mujer de 55 años que a raíz de síndrome constitucional y vómitos es diagnosticada de cirrosis de origen enólico (Child A, Meld 14) con hipertensión portal y de un tumor neuroendocrino de cabeza de páncreas. En el TC se evidencia una lesión hipercaptante en cabeza pancreática de 19 × 16 mm, compatible con tumor neuroendocrino con signos de hepatopatía crónica, sin datos de enfermedad a distancia. El estudio se completa con RMN, Octreoscan y USE y se estadifica como un TNE no funcionante, T2N0M0 con PAFF que evidencia malignidad sin obtener material suficiente para inmunohistoquímica. Tras el diagnóstico se inicia tratamiento con Ocreotide y se decide en comité multidisciplinar dada la hipertensión portal y la alta morbimortalidad asociada, tratar la lesión con electroporación irreversible. Se accede a través de una incisión subcostal y tras una maniobra de Kocher amplia se procede a la localización de la lesión mediante ecografía. A 1,5 cm de profundidad se implantan 4 agujas en rombo abarcando la totalidad de la lesión realizando la electroporación sin incidencias. Como complicación postoperatoria, la paciente desarrolla una fístula pancreática de bajo débito que tratada con manejo conservador siendo dada de alta al 10 día. A los 9 meses de la intervención se evidencia en prueba de imagen signos altamente sugestivos de recidiva tumoral. Tras completar estudio y confirmar recidiva precoz de enfermedad, se discute el caso nuevamente en comité multidisciplinar decidiendo nueva ablación con IRE. La paciente es intervenida en diciembre de 2019 realizando nuevo abordaje abierto sobre subcostal previa y se implanta sobre la lesión 2 agujas separadas por 2 cm con margen de unos 5 mm al duodeno. La intervención concluye sin incidencias y la paciente es dada de alta al 5º día postoperatorio sin complicaciones. Actualmente se encuentra en seguimiento en consulta sin progresión de la enfermedad.

**Discusión:** La cirugía que se lleva a cabo en la glándula pancreática es por lo general compleja y con alto índice de complicaciones asociadas. Es por ello que debemos conocer las técnicas ablativas como un recurso más a la hora de tratar la patología tumoral. Cuando la opción quirúrgica es agresiva, el beneficio puede no superar los riesgos, sobre todo en aquellos pacientes con comorbilidad o un estado funcional deteriorado.