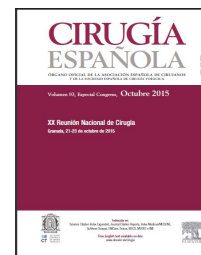




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-112 - PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL LAPAROSCÓPICA POR GASTRINOMA

Magrach Barcenilla, Luis Alberto; Ezurmendia, Bernardo; Reyhani, Arasteh; Larrañaga, Maitane; Etxart, Ane; Bustamante, Ruth; Martín, Ernesto; Gómez Portilla, Alberto

Hospital Universitario de Álava, Vitoria-Gasteiz.

Resumen

Introducción: Los tumores neuroendocrinos del páncreas se caracterizan por tener una evolución indolente y una supervivencia prolongada. El gastrinoma con una incidencia de 1-4/1.000.000/año ocupa el 2º lugar en frecuencia tras el insulinoma. Se presenta durante la 5ª o 6ª década de la vida y su localización más frecuente es el duodeno. Son tumores de muy pequeño tamaño que generalmente se manifiestan de forma esporádica (79-75%) y MEN I (20-25%). La malignidad (> 60%) viene determinada en gran parte por su grado de invasión extrapancreática, su diseminación hacia los ganglios linfáticos regionales o distantes y es más frecuente en mujeres con gastrina sérica muy elevada.

Caso clínico: Presentamos un hombre de 78 años con antecedentes de prostatectomía, en estudio por digestivo por alteraciones del hábito intestinal y déficit de vitamina B12. En las determinaciones de laboratorio destacaba una gastrina cuyas cifras se habían duplicado en un año desde 1.300 pg/ml hasta 2.376 pg/ml. Aunque la gastroscopia y la gammagrafía con octreótido-In111 no pudieron demostrar ningún foco que permitiera la localización del gastrinoma, tanto en la RM de páncreas como en la ecoendoscopia se podía visualizar a nivel del cuerpo-cola pancreática una LOE hipoecogénica de bordes bien definidos, de 8 mm de diámetro y en proximidad con la vena esplénica, sugestiva de tumor neuroendocrino, que se situaba en íntimo contacto con otra lesión polilobulada de 17 × 10 mm de diámetro y que comunicaba con el conducto de Wirsung, compatible con un TPMI. El paciente fue intervenido mediante un abordaje laparoscópico realizando una pancreatectomía corporo-caudal asociando una esplenectomía debido a la proximidad del tumor con la vena esplénica. La endoscopia intraoperatoria por transiluminación no demostró ninguna otra lesión. El paciente siguió una evolución favorable siendo dado de alta durante el 5º día postoperatorio. La anatomía patológica evidenció un tumor neuroendocrino bien diferenciado localizado en el cuerpo del páncreas de 9 mm de diámetro sin infiltración de bordes siendo ganglios linfáticos peripancreáticos y de tronco celiaco obtenidos negativos. En el control hormonal realizado a los 2 meses destaca una gastrina de 295 pg/ml, pepsinógeno de 97,8 ng/ml (25) y una cromogramina A plasmática de 232 ng/ml (98 ng/ml) siendo los marcadores tumorales normales y tanto el control de RM como de octreoscan se mantuvieron sin hallazgos patológicos. En la actualidad el paciente se encuentra asintomático.

Discusión: La cirugía es por lo tanto la única oportunidad de curación alterando la evolución

natural y disminuyendo la prevalencia de las metástasis hepáticas y debe ofrecerse a todos los pacientes que sufren un gastrinoma esporádico, valiéndonos de un alto grado de sospecha ante la presencia de cambios en el hábito intestinal, un estudio hormonal seriado alterado, junto con las pruebas de imagen RM pancreática y un estudio endoscópico ultrasonográfico que resulta fundamental y ocasionalmente determinante, gracias a un estudio citológico positivo (PAAF) como sucedió en el nuestro caso. Finalmente se recomienda un seguimiento (gastrina en ayunas, test de secretina, RM y Octreoscan) a los 2, 6 y 12 meses y posteriormente de forma anual.