



P-131 - TUMORES NEUROENDOCRINOS DE PÁNCREAS. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SEGUNDO NIVEL

Giménez Francés, Clara¹; Candel Arenas, Mari Fe¹; Medina Manuel, Esther¹; López Morales, Pedro¹; Sánchez Cifuentes, Ángela²; Pastor Pérez, Patricia¹; Martínez Sanz, Nuria¹; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio¹

¹Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia; ²Hospital Virgen del Castillo, Yecla.

Resumen

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar las características de los tumores neuroendocrinos pancreáticos (TNEp) diagnosticados en nuestro centro. Los TNEp son poco frecuentes. Suponen entre el 1% y el 5% de los tumores pancreáticos. Se dividen en funcionantes y no funcionantes. Entre los funcionantes destacan los insulinomas (70%), seguidos de los gastrinomas (25%). Siendo menos frecuentes los VIPomas, glucagonomas, somatostatinas, etc. Clásicamente, se diagnosticaban en función del cuadro clínico que provocaba la hipersecreción hormonal, pero durante los últimos años, se diagnostican más los TNEp no funcionantes, alcanzando hasta el 70%.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes diagnosticados de tumor neuroendocrino pancreático en nuestro hospital en el periodo comprendido entre 2006 y 2018.

Resultados: Nuestra serie se compone de un total de 15 pacientes, con una edad media de 59 años. El 46,7% fueron mujeres y el 53,3% hombres. En el 33,3% de los casos fueron tumores funcionantes, (3 insulinomas, 1 PPoma y 1 tumor secretor de glucagón y catecolaminas) y, el 66,7% no funcionantes. El tamaño medio fue de 28,36 mm y la localización más frecuente, la cabeza del páncreas. Se realizaron 4 pancreatectomías corpocaudales, 5 enucleaciones, una resección del proceso uncinado, y una duodenopancreatectomía cefálica. Tres no fueron resecables y recibieron tratamiento paliativo y, en un caso optamos por tratamiento conservador.

Conclusiones: Como se aprecia en nuestra serie, actualmente es más frecuente el diagnóstico incidental de estos tumores. Las pruebas de imagen permiten el diagnóstico de estas neoplasias, tanto en el cribado de población de riesgo (MEN1), como para evidenciar la localización y extensión a la hora de establecer la estrategia terapéutica. Las pruebas utilizadas son la TAC, la RMN, octreoscan y, la ecoendoscopia, que además, permite obtener material para estudio anatomopatológico. El único tratamiento potencialmente curativo de los TNEp es la cirugía, aunque en casos seleccionados se puede optar por un tratamiento conservador y control evolutivo. La indicación quirúrgica va a depender del tamaño del tumor, el grado, si es funcionante o no, y si se ha diagnosticado en el contexto de un síndrome hereditario de neoplasias endocrinas. En guías clínicas recientes se recomienda realizar la exéresis de los TNEp mayores de 2 cm, indistintamente de si tienen carácter familiar, siendo también aceptado el tratamiento conservador y control evolutivo, en algunos casos (TNEp no funcionantes < 1-2 cm, tumores bien diferenciados, localizados en cabeza-cuello). Las técnicas quirúrgicas empleadas son la enucleación del tumor, la

duodenopancreatectomía cefálica y la pancreatectomía corpocaudal, pudiendo realizarse también tratamiento quirúrgico de las metástasis, si las hubiera. Por otro lado, el tratamiento médico consiste en administrar análogos de la somatostatina, que se suelen indicar para disminuir la sintomatología o frenar la progresión tumoral. En resumen, los TNEp son infrecuentes y, aunque el tratamiento potencialmente curativo es el quirúrgico, en casos seleccionados se puede optar por tratamiento conservador y control evolutivo con pruebas de imagen.