



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-237 - MANEJO DEL TUMOR NEUROENDOCRINO DE PÁNCREAS (PNET) IRRESECABLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

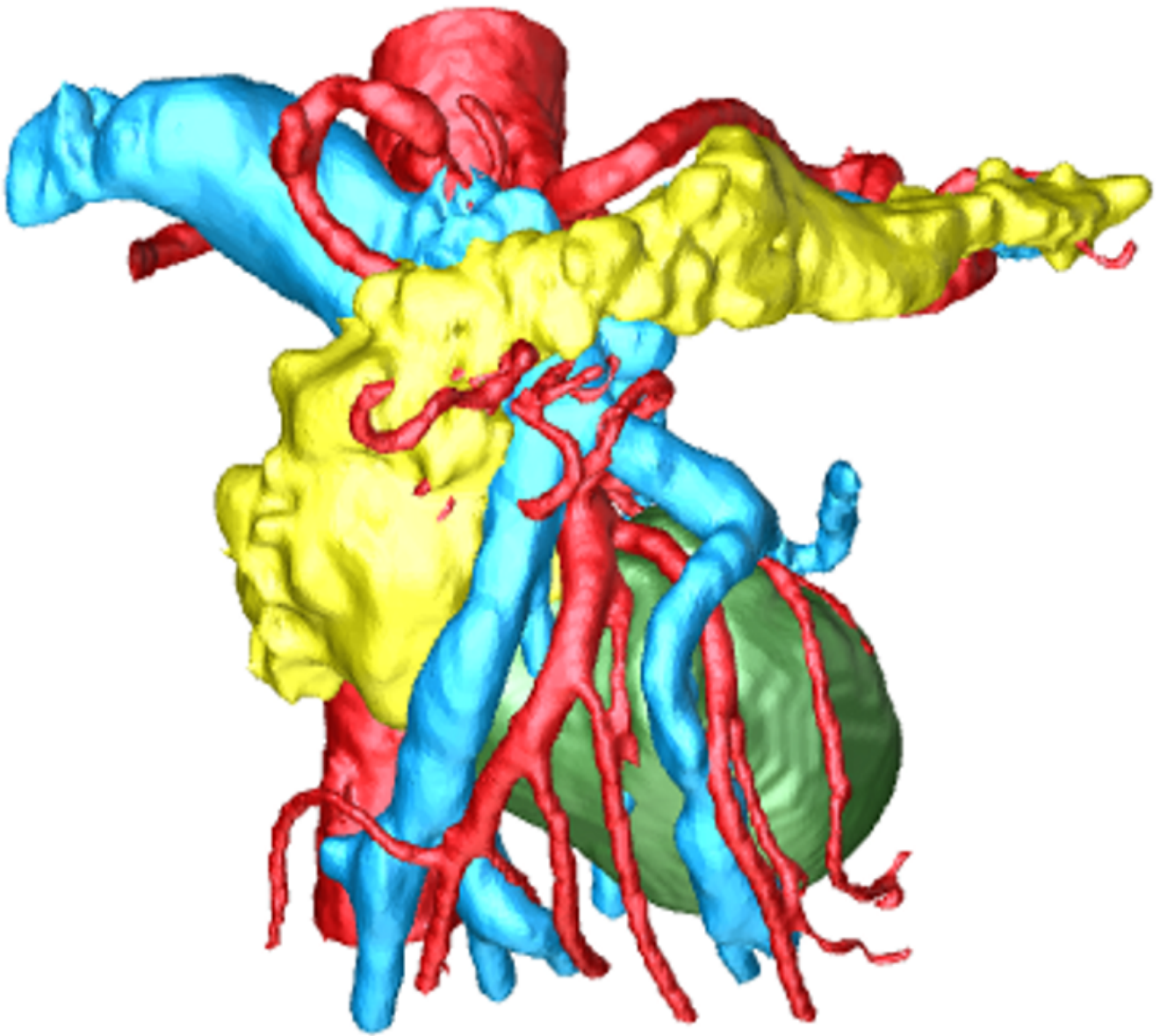
Ortiz de Guzmán Aragón, Sara; Villalabeitia, Ibabe; Ocerin, Olatz; Marín, Hector; Santidrian, Jose Ignacio; Saa, Raul; Larzábal, Andoni; Uriarte, Javier

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: Los tumores neuroendocrinos de páncreas son un grupo de tumores bien diferenciados con un comportamiento heterogéneo tanto en cuanto a la agresividad tumoral como a la clínica que ocasionan. La ausencia de síndrome hormonal en la mayoría de los pacientes provoca que se diagnostiquen en estadios avanzados. En ocasiones este retraso conduce al diagnóstico de grandes masas con afectación de estructuras vasculares, lo cual dificulta en gran medida el posible tratamiento quirúrgico. Presentamos un caso de tratamiento multimodal de un gran tumor neuroendocrino irreseccable en raíz de mesenterio, planteando una nueva alternativa para el manejo de estos pacientes.

Caso clínico: Paciente de 69 años, sin comorbilidades, que acude a urgencias por dolor abdominal. El TC objetiva una pancreatitis aguda grave necrotizante y una masa hipervascular de 60 × 68 mm con origen en proceso uncinado que desplaza los vasos mesentéricos y que además estenosa la vena porta provocando una importante circulación colateral. Biopsia tras la resolución del episodio agudo: lesión neuroendocrina G2 (Ki67: 12%). El estudio de la tumoración determina que no es funcionante, y no se objetivan lesiones a distancia. Dada la localización del tumor no se considera factible su exéresis quirúrgica por lo que se plantea tratamiento multimodal. Como primera medida se inicia neoadyuvancia con terapia con radionúclidos, (177)Lu-DOTADATE, para intentar disminuir el tamaño de la masa sin lograr respuesta tumoral apreciable. Posteriormente se decide ablación MW (microondas) de la tumoración. Al ser un procedimiento que necrosa los tejidos respetando los vasos sanguíneos (el flujo actúa como sumidero de calor evitando el daño tisular), se considera idóneo para este caso, siempre que se consiga apartar el resto de vísceras que pudieran ser lesionadas. Para ello en este caso se reseca el duodeno y la primera asa yeyunal, y se realiza ablación MW intraoperatoria. Posterior reconstrucción duodeno-yeyunal con reimplantación de la ampolla de Vater sobre doble catéter. El paciente presenta un posoperatorio satisfactorio y dos meses tras la cirugía se encuentra asintomático y realizando vida activa.



Discusión: La incidencia de los tumores neuroendocrinos de páncreas se ha duplicado en las últimas décadas por lo que parece indiscutible establecer un mejor conocimiento de esta patología. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección al ser el único tratamiento curativo. Sin embargo, el manejo de los tumores irresecables continúa siendo controvertido. Los análogos de somatostatina se han venido utilizando como tratamiento sintomático. Sin embargo, en los últimos años se ha estudiado la terapia con radionúclidos, sobre todo los regímenes que incluyen (^{177}Lu) -DOTADATE, obteniendo mejores resultados en cuanto a reducción de los síntomas, disminución del tamaño tumoral y del riesgo de progresión o muerte. Por otro lado, la ablación con MW puede ser una alternativa para tratar grandes masas irresecables por afectación vascular, siendo necesario lograr una buena separación entre la masa a tratar y las vísceras huecas próximas, que tradicionalmente contraindicaban este procedimiento. Esto puede ser logrado mediante la colaboración de los cirujanos y los radiólogos intervencionistas, aplicando la ablación MW de manera intraoperatoria.