



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-274 - TUMOR NEUROENDOCRINO Y ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS SINCRÓNICOS

García-Vega, Celia; Hernández-Bermejo, David; Velilla, David; Villodre, Celia; Alcázar-López, Cándido; Melgar, Paola; Rodríguez-Laiz, Gonzalo; Ramia, Jose Manuel

Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

Resumen

Introducción: La existencia sincrónica de dos estirpes tumorales en el páncreas es un hallazgo poco habitual. La presencia de una neoplasia intraductal papilar mucinosa y un tumor neuroendocrino (TNE) es la combinación más común. En la literatura, los infrecuentes casos publicados son habitualmente tumores mixtos (exocrinos/endocrinos) en un único tumor. Por tanto, que existan dos tumores diferentes, uno endocrino y uno exocrino, es excepcional. Describimos un caso clínico inusual de dos tumores pancreáticos sincrónicos en el páncreas, uno endocrino y otro exocrino.

Caso clínico: Varón de 71 años, ingresa por ictericia, coluria y prurito, sin otra sintomatología previa. Exfumador de 30 paq/año, sin historia de pancreatitis ni consumo de alcohol. Elevación de transaminasas, enzimas de colestasis y bilirrubina total. VHB y VHC negativos, CA 19,9: 87 UI/ml y CEA: 3 UI/ml. Se realizan TC y RMN donde observamos: la presencia de dos quistes de 15 mm en una cabeza de páncreas heterogénea sin una masa clara, una lesión ocupante de espacio sólida de 12 mm hipercaptante en el cuerpo del páncreas, y dilatación de la vía biliar y conducto de Wirsung. Se realiza ecoendoscopia donde se confirma la presencia de una lesión hipoecoica y mal definida de 29 × 20 mm en la cabeza del páncreas con dos quistes adyacentes. En el cuerpo, una lesión ovalada de 13 mm hipoecoica y un conducto de Wirsung dilatado en todo su recorrido. Se realiza CPRE en la que se coloca una prótesis biliar de plástico y se obtienen muestras que se analizan microscópicamente, en las cuales se nos informa que la lesión en la cabeza del páncreas es un adenocarcinoma y la del cuerpo un TNE. Estudio hormonal sin alteraciones. Se decide intervención quirúrgica donde se objetiva un gran tumor en la cabeza del páncreas que infiltra la salida de la arteria gastroduodenal y el eje esplenoportal, por lo que se desestima la pancreatectomía, realizando gastroyeyunostomía retrocólica. El paciente se encuentra actualmente en tratamiento quimioterápico.

Discusión: La coexistencia de tumores pancreáticos endocrinos y exocrinos simultáneos es extremadamente infrecuente. El diagnóstico preoperatorio radiológico correcto es difícil, por tanto, si no hay confirmación histológica preoperatoria, estos pacientes suelen ser etiquetados como pacientes afectados de un tumor multicéntrico (adenocarcinoma con múltiples focos) y todas las lesiones son resecaadas. Debido a la escasez de casos, no existe consenso de que, si cuando exista un diagnóstico correcto preoperatorio, se deben aplicar los criterios habituales con los que se manejan

los TNE, como la abstención terapéutica en TNE no funcionantes menores de 2 cm.