



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Volumen 91, Especial Congreso 2, Octubre 2013

XIX Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 25-26 de octubre de 2013



www.elsevier.es/cirugia

P-024 - INSULINOMA GIGANTE MALIGNO: ¿EL TRATAMIENTO AGRESIVO MEJORA LA SUPERVIVENCIA?

M. Di Martino, E. Martín Pérez, G. Fernández Díaz, J.L. Muñoz de Nova, M.M. Achalandabaso Boira, A. Abascal Amo y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: El insulinoma representa el tumor neuroendocrino pancreático (TNEP) más frecuente, con una incidencia de 1-3/millón. En el 82% de los casos presenta un tamaño menor de 2 cm, y sólo en el 4% es mayor de 3 cm. Presentamos un caso de un insulinoma maligno de 20 × 17 × 11 cm tratado quirúrgicamente.

Caso clínico: Mujer de 49 años que acude a Urgencias por cuadro de hipoglucemia sintomática de 36 mg/dL. A la exploración se detecta una masa gigante en hemiabdomen superior. En la analítica para marcadores neuroendocrinos destacan: Insulina 120 uU/mL, péptido C 5,9 ng/mL, sulfonilureas en orina normales, enolasa 142 ng/mL, CgA 30,8 nMol/L, 5HIAA normal. La ecografía y la TC toraco-abdominal describen una tumoración de 19 × 12 × 21 cm en epi-mesogastrio, otra de 5 × 6 cm en pelvis menor, LOES hepáticas y adenopatías retroperitoneales, mediastínicas y axilares. El Octreoscan demuestra hipercaptación de octreotido por parte de todas las lesiones descritas. La PAAF pone de manifiesto celularidad neoplásica, positiva para marcadores neuroendocrinos, Ki 67 10% G2. Tras el control parcial de la hipoglucemia con diazóxido 100 mg/8h se plantea cirugía en el Comité Multidisciplinar de Tumores. En la intervención se objetiva una gran tumoración que ocupa todo el páncreas, con importante circulación venosa colateral. Se decide cirugía de citorreducción o de debulking realizando una pancreatectomía total, esplenectomía, colecistectomía y gastrectomía parcial. Debido a la importante hemorragia intraoperatoria y a la inestabilidad hemodinámica se pospone la resección de la masa pélvica para una segunda cirugía posterior. La anatomía patológica describe un TNEP de 20 × 17 × 13 con invasión de grasa peripancreática, mínima necrosis, extensa invasión vascular, metástasis en 2/15 ganglios, márgenes quirúrgicos libres, estadio T3N1 (AJCC 2009) con grado intermedio de diferenciación (WHO 2010), G2 (ENETS 2006) Ki-67: 15%, 15 mitosis/10 CGA. La paciente presentó un post-operatorio complicado con isquemia hepática (y necrosis secundaria de las metástasis hepáticas), sepsis abdominal y fracaso multiorgánico. En un segundo tiempo se resecó la masa pélvica. Actualmente la paciente presenta un buen estado general, está asintomática y en tratamiento con análogos del octreótido pendiente de valoración de tratamiento con everolimus o radionúclidos.

Discusión: Sólo el 10% de los insulinomas son malignos. El único criterio real de malignidad son las metástasis. Aunque las tumoraciones periféricas y benignas son subsidiarias de enucleación o resección pancreática, en tumores malignos se cree que la cirugía citoreductora con una resección mayor del 90% de la masa tumoral permite el control de los síntomas, aumenta la eficacia de los tratamientos farmacológicos y puede aumentar la supervivencia. Los análogos de la somatostatina representan el primer escalón del tratamiento en pacientes con un Octreoscan positivo. En casos refractarios, estudios aleatorizados (RADIANT III) han demostrado que el everolimus mejora la supervivencia en TNEP avanzados. En centros

especializados la terapia dirigida con radionúclidos está demostrando resultados prometedores.