



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-274 - DOS TUMORES PRIMARIOS METACRÓNICOS DE PÁNCREAS: HACIA LA BÚSQUEDA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

Pico Sánchez, Leila; Corrales Valero, Elena; Mansilla Díaz, Sebastián; Martos Rojas, Noemí; Ramos Muñoz, Francisco; Gómez Pérez, Rocío; Roldán de la Rúa, Jorge; Suárez Muñoz, Miguel Ángel

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: De los tumores originados en el tejido exocrino pancreático el más frecuente es el adenocarcinoma de páncreas (60-85%), siendo considerado la quinta causa de muerte por cáncer en EEUU. Por otra parte los tumores neuroendocrinos del páncreas (PanNETs) representan alrededor del 1-2% de todas las neoplasias pancreáticas, con una incidencia aproximada de 1:100.000 personas/año, pudiendo aparecer de forma esporádica o asociados a otras enfermedades de base genética (MEN-1 o facomatosis). Presentamos el caso clínico de un paciente en el que han coexistido de manera metacrónica dos tumores de páncreas de diferente característica histológica.

Caso clínico: Paciente varón de 53 años remitido desde el servicio de Digestivo por dolor epigástrico agudo de predominio nocturno que interfiere en el sueño y se acompaña de distensión abdominal de unos 5-6 meses de evolución. No presenta cuadro constitucional o hiporexia acompañante. Es diagnosticado de lesión en cuerpo de páncreas de unos 5 cm de diámetro máximo, con escasa expresión de receptores de somatostatina, compatible con tumor neuroendocrino. Se le realiza una esplenopancreatectomía córpore-caudal modular anterógrada. Posteriormente recibe 6 ciclos de quimioterapia con carboplatino-etopósido y radioterapia. Los 28 meses siguientes el paciente evoluciona favorablemente, encontrándose asintomático, y con valores de cromogranina A en descenso progresivo. Recientemente reingresa en nuestro servicio por Ictericia obstructiva, coluria y acolia, sin otra sintomatología acompañante. Se le realiza ecografía y TAC de abdomen, colangio-RMN y Octreoscan, siendo diagnosticado de nueva tumoración en cabeza de páncreas que expresa receptores de somatostatina, y sospechando recidiva de su neoplasia neuroendocrina en el páncreas remanente, se programa para una duodenopancreatectomía cefálica (con lo que se completa la pancreatectomía total) con resección de la vena porta y sustitución con injerto de Dacron 14 mm. Los hallazgos anatomopatológicos hablan de dos neoplasias de naturaleza diferente: la primera neoplasia corresponde a un carcinoma neuroendocrino de células grandes pobremente diferenciado grado III, con borde de resección afecto, y metástasis en 7 de 22 ganglios aislados. En cambio, la segunda tumoración trata de un adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado grado II que afecta a vía biliar, invade submucosa duodenal y tiene el margen vascular afecto. Asimismo el parénquima pancreático restante presenta focos de PANIN-2 y PANIN-3 (neoplasias pancreáticas intraepiteliales) y metástasis en 4 de 9 ganglios aislados.

Discusión: La supervivencia global a 5 años tras el diagnóstico de ACDP en España se sitúa en torno al 4% para los hombres y al 5% para las mujeres, similar al resto de Europa. Estudios recientes han mostrado evidencia de que los nervios del microambiente de las PanIN promueven la oncogénesis, probablemente por señalización directa a células neuroendocrinas capaces de tener influencias tróficas. Estos hallazgos

identifican la señalización neuroepitelial como un potencial y novedoso objetivo de tratamiento del adenocarcinoma ductal de páncreas. Las cifras de supervivencia podrían incrementarse si el diagnóstico y un posible tratamiento quirúrgico con intención curativa se llevasen a cabo en fases precoces de la enfermedad, por lo que nuestro objetivo debe ser encontrar marcadores, pruebas y métodos para conseguir su diagnóstico precoz.