



V-208 - MUCOSECTOMÍA DUODENAL ROBÓTICA POR TUMOR NEUROENDOCRINO

García Val, Teresa; Estévez Fernández, Sergio; Carracedo Iglesias, Roberto; Pérez Moreiras, Isabel; Senra del Río, Paula; López Blanco, Marta Elisa; Sánchez Santos, Raquel

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.

Resumen

Introducción y objetivos: Los tumores neuroendocrinos gastrointestinales (GI-NETS) son una entidad rara y de baja incidencia, de los cuales el 4% son duodenales. La localización y estadificación del tumor serán de gran importancia para planear un tratamiento. El objetivo de esta comunicación es presentar un caso clínico tras realizar una mucosectomía duodenal robótica en un paciente con un tumor neuroendocrino duodenal, y, además, revisar esta entidad y su manejo. Búsqueda sistematizada en Pubmed utilizando los términos MeSH: “Duodenal Neuroendocrine tumor”. Se seleccionaron los artículos más relevantes para documentar el caso y se utilizaron las imágenes diagnósticas, terapéuticas e intraoperatorias del caso clínico presentado.

Caso clínico: Presentamos un varón de 46 años, con debut de anemia ferropénica (hemoglobina 6,9). Realizada gastroscopia y ecoendoscopia, se evidencia, en cara posterior de bulbo duodenal, lesión sobreelevada de aspecto subepitelial, con área deprimida no ulcerada de unos 17 mm sin adenopatías (AP: NET de bajo grado, G1). Se completa estudio con TAC: Se confirma lesión hipercaptante de 1,3 x × 0,94 cm, bien delimitada, en región descrita. Se lleva a cabo, previo marcaje de lesión con verde de indocianina, duodenotomía, exérésis tumoral con mucosectomía duodenal y piloroplastia robótica. La anatomía patológica fue de tumor neuroendocrino, bien diferenciado (G2), bordes libres, Ki 67: 3% e IHQ positiva para CKAE1/AE3, cromogranina y gastrina. Evolución favorable, con alta del paciente al 6º día posoperatorio sin incidencias. Los NET duodenales (D-NET) son una entidad poco común, con incidencia al alza en probable relación con mayor número de técnicas diagnósticas realizadas a los pacientes. Según la clasificación WHO, se diferencian tres grados: G1 (66-80%), G2 y G3, y se incluyen 5 subtipos según la histología: gastrinomas (50-60%), tumores productores de somatostatina (15%), NETS no funcionantes, paragangliomas y carcinomas neuroendocrinos. Presentan clínica variable (ictericia, dolor abdominal, anemia...), la mayoría están localizados en primera-segunda porción duodenal (hasta un 20% en región periampular, normalmente diagnóstico más avanzado y peor supervivencia). El 90% de ellos serán no funcionantes y la mayoría presentan extensión limitada a mucosa o submucosa. Existirán afectación ganglionar en 40-60% de pacientes y extensión hepática en menos de 10%. Se diagnostican mediante TC o RMN, ecoendoscopia... y en ocasiones son precisas técnicas con receptores de Somatostatina (SSR) con PET/TC. Su tratamiento dependerá del tamaño, localización, grado histológico, estadio y tipo de tumor, precisando, la mayoría de casos, resección quirúrgica. La supervivencia a 5 años en pacientes con D-NET bien diferenciado alcanza hasta un 80-85%. Los casos de mayor tamaño, invasión de la muscularis mucosa, elevado índice mitótico y pobre diferenciación, se relacionan más frecuentemente con metástasis a distancia y crecimiento más agresivo. No existe, aun así, consenso en el tratamiento óptimo de estos tumores. El seguimiento se realizará mediante TC/RMN según las guías NCCN.

Discusión: Los tumores neuroendocrinos duodenales son una entidad poco frecuente. Su tratamiento se basa en el tamaño, localización, grado histológico, estadio y tipo de tumor. Son precisos más estudios para definir un método óptimo en el manejo de estos tumores.