TUMORES NEUROENDÓCRINOS QUÍSTICOS NO FUNCIONANTES DE PÁNCREAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

NON-FUNCTIONAL CYSTIC NEUROENDOCRINE TUMORS OF PANCREAS. A CASE REPORT

*Dr. Fabio Benítez García¹, Dr. Miguel Ferreira Bogado²,
Prof. Dr. Julio Ramírez Sotomayor³*

RESUMEN

Constituyen un grupo heterogéneo de tumores que pueden originarse virtualmente en todos los órganos; su etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento aún generan discusiones, aunque se sabe que todos tienen algo en común: células neuroendócrinas como origen de los tumores, con similitud bioquímica e histológica con las células de la cresta neural. Se presenta el caso de una paciente, que fue operada en nuestro servicio y cuyo diagnóstico final fue tumor neuroendocrino quístico no funcionante de agresividad intermedia.

Palabras claves: Tumores neuroendócrinos quístico no funcionante de páncreas, tratamiento quirúrgico.

SUMMARY

They constitute a heterogeneous group of tumors that can originate in virtually all organs; Its etiopathogenesis, diagnosis and treatment still generate arguments, although it is known that they all have something in common: neuroendocrine cells as the origin of tumors, with biochemical and histological similarity with neural crest cells. We present the case of a patient, who was operated on in our service and whose final diagnosis was non-functioning cystic neuroendocrine tumor of intermediate aggressiveness.

Key words: Non-functioning cystic neuroendocrine tumors of pancreas, surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias neuroendocrinas pancreáticas, son bastante raras y comprenden sólo el 5% de todas las neoplasias pancreáticas^[1]. Suelen aparecer radiológicamente como sólidos, pero rara vez se manifiestan como lesiones quísticas del páncreas^[2]. Representan el 11-17% de los tumores neuroendocrinos resecados de páncreas.^[3-5]

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 68 años, que ingresa al servicio con el diagnóstico de pancreatitis aguda. Ecográficamente presenta una vesícula biliar con barro biliar en su interior, y páncreas aumentado de tamaño. Al 5to día de enfermedad, se realiza TAC con doble contraste, en donde se constata, una imagen quística de 6 cms. de diámetro a nivel de la cola pancreática (*fig. 1*). La RMN de páncreas informa una masa mixta sólido-quística de contornos irregulares, de 6,5 cms de diámetro, a nivel del cuerpo y cola pancreáticos, con conexión ductal, y dilatación del conducto pancreático principal distal al quiste. Todos los marcadores tumorales dentro de valores normales.

FIG. 1. TAC contrastada que muestra imagen quística en cola del páncreas.

Hospital Nacional de Itauguá

1. Residente tercer año. Cirugía General

2. Jefe de sala. Cirugía General

3. Jefe de servicio de Cirugía General

Autor correspondiente: Dr. Fabio Benítez - Correo electrónico: faby_dyr564@hotmail.com

Artículo recibido: 31.07.17 - Artículo aceptado: 7.08.17

FIG. 2. Disección completa del quiste, previa resección

FIG. 3. Pieza quirúrgica correspondiente a cola de páncreas y bazo

Se decide conducta quirúrgica y en el acto operatorio se constata una tumoración quística de 7 cms de diámetro, en cola de páncreas, sin invasión local, ni metástasis hepática, realizándose una pancreatectomía corporocaudal + esplenectomía (**Fig. 3 y 4**).

Se recibe informe de la misma, como tumor neuroendócrino sólido, de potencial maligno indeterminado, de 4,6 cms de diámetro, de patrón trabecular, con necrosis en más del 90%, sin mitosis, invasión vascular ni ganglionar. Bazo,

sin alteraciones. Los estudios inmunohistoquímicos, informa índice de proliferación de Ki-67 de 10%, que corresponde a un tumor neuroendócrino de grado intermedio.

DISCUSIÓN

Descubrimos dos cuestiones clínicas importantes: primero, los tumores neuroendocrinos aparecen radiológicamente como tumores sólidos, pero rara vez se manifiestan como lesiones quísticas del páncreas ^[2], y en segundo lugar, los tumores neuroendocrinos quísticos tienen un bajo potencial biológico de malignidad ^[6].

Las opiniones varían en cuanto a si los tumores neuroendocrinos deben ser tratados mediante cirugía limitada, como enucleación o pancreatectomía central, o siempre hay que hacer con vaciamiento ganglionar. El grado de malignidad se relaciona con el tamaño; y las metástasis de los ganglios linfáticos se observó con frecuencia cuando el diámetro del tumor superó los 2 cm ^[10, 11]. Por lo tanto, los tumores neuroendocrinos de ≥ 2 cm, tendría que recibir cirugía estándar con disección ganglionar. Sin embargo, según lo informado por Singhi Et al. ^[12], ganglio linfático y metástasis a distancia son menos común en los casos de tumores neuroendocrinos quísticos. En consecuencia, la cirugía limitada como la pancreatectomía distal sin esplenectomía y debería considerarse para los tumores neuroendocrinos quístico menores de 2, en cambio nuestro paciente tenía un tumor de 6 cm., motivo por el cual se realizó la esplenopancreatectomía, con vaciamiento ganglionar. Como diagnóstico diferencial hay que pensar en tumores mucinosos papilares intraductales (38%), neoplasias mucinosas (23%), cistoadenomas serosos (16%) y neoplasias sólidas pseudopapilares (3,7%) ^[9]. La fisiopatología de la neoplasia endocrina pancreática quística sigue siendo controvertida, y varias hipótesis han sido propuesto para explicar ^[16], según Adsay et al. ^[14], la pared del quiste es una secuencia de células endocrinas, y el centro del quiste contiene más líquido seroso que materia necrótica.

En conclusión, los tumores neuroendocrinos quísticos son menos agresivos que los sólidos y generalmente no tienen metástasis ganglionar, ni hepática, tal como es el caso de nuestra paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yao J, Hassan A, Phan C, Dagohoy C, Leary J, Mares A et al. One hundred years after "carcinoid": epidemiology of and prognostic factors for neuroendocrine tumors in 35,825 cases in the United States. *J. Clin. Oncol.* 2008;26:3063–3072.
2. Ballarin R, Masetti M, Losi L, Di Benedetto F, Di Sandro S, De Ruvo N, et al. Cystic pancreatic neuroendocrine neoplasms with uncertain malignant potential: report of two cases. *Surg. Today* 2009;39:162–167.
3. Boninsegna L, Partelli S, D'Innocenzo M, Capelli P, Scarpa A, Bassi C, et al. Pancreatic cystic endocrine tumors: a different morphological entity associated with a less aggressive behavior. *Neuroendocrinology* 2010;92:246–251.
4. Goh B, Ooi L, Tan Y, Cheow P, Chung Y, Chow P, et al. Clinicopathological features of cystic pancreatic endocrine neoplasms and a comparison with their solid counterparts. *Eur. J. Surg. Oncol* 2006;32:553–556.
5. Bordeianou L, Vagefi P, Sahani D, Deshpande B, Rakhlin E, Warshaw A, et al. Cystic pancreatic endocrine neoplasms: a distinct tumor type? *J. Am. Coll. Surg* 2008;206:1154–1158.
6. Koh Y, Chok A, Zheng H, Tan C, Goh B. A systematic review and meta-analysis of the clinicopathologic characteristics of cystic versus solid pancreatic neuroendocrine neoplasms. *Surgery* 2014;156:83–96.e2.
7. Gumbs A, Moore P, Falconi M, Bassi C, Beghelli S, Modlin I, et al. Review of the clinical, histological, and molecular aspects of pancreatic endocrine neoplasms. *J. Surg. Oncol* 2000;81:45–53; discussion 4.
8. Modlin I, Oberg M M, Chung D D, Jensen R R, de Herder W, Thakker R, et al. Gastropancreatic neuroendocrine tumors, *Lancet Oncol* 2000;9:61–72.
9. Valsangkar N, Morales V V, Thayer S S, Ferrone C C, Wargo J J, Warshaw A A, et al. 851 resected cystic tumors of the pancreas: a 33-year experience at the Massachusetts General Hospital. *Surgery* 2012; 2012;152(3 Suppl 1):S4–S12.
10. Nomura N, Fujii T T, Kanazumi N N, Takeda S S, Nomoto S S, Kasuya H H, et al. Nonfunctioning neuroendocrine pancreatic tumors: our experience and management. *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg* 2009; 2009;16:639–647.
11. Tsuchiya A, Koizumi M M, Ohtani H H. World Health Organization Classification-based reevaluation of 95 nonfunctioning "malignant" pancreatic endocrine tumors reported in Japan. *Surg. Today* 2004; 2009;39:500–509.
12. Singhi A, Chu L C, Tatsas A A, Shi C C, Ellison T T, Fishman E E, et al. Cystic pancreatic neuroendocrine tumors: a clinicopathologic study. *Am. J. Surg. Pathol* 2012;2012; 36:1666–1673.
13. Ridditid W, Halawi H H, DeWitt J J, Sherman S S, LeBlanc, McHenry J L, et al. Cystic pancreatic neuroendocrine tumors: outcomes of preoperative endosonography-guided fine needle aspiration, and recurrence during long-term follow-up. *Endoscopy* 2015;2015;47:617–625.
14. Charfi S, Marcy M M, Bories E E, Pesanti C C, Caillol F F, Giovannini M M, et al. Cystic pancreatic endocrine tumors: an endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy study with histologic correlation. *Cancer* 2009; 2009;117:203–210.
15. Ho H E, Ioubeidi M M, Siddiqui U U, Brugge W W, Rossi F F, Bounds B B, et al. Endosonographic and cyst fluid characteristics of cystic pancreatic neuroendocrine tumors: a multicentre case series. *Dig. Liver Dis* 2013; 2013;45:750–753.
16. Ahrendt S, Komorowski R, Demeure M, Wilson S, Pitt H. Cystic pancreatic neuroendocrine tumors: is preoperative diagnosis possible? *J. Gastrointest. Surg* 2002; 6:66–7.