

Caso Nº 3

DRA. M. GÓMEZ DORRONSORO
HOSPITAL DE NAVARRA

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 56 años que ingresa por dolor en hipocondrio izquierdo.

TAC de abdomen: Hígado y vesícula sin alteraciones. Lesión quística de 20X4 cm de pared fina y contenido líquido, en el espacio gastro-esplénico en contacto con la cola de páncreas. Páncreas de tamaño y morfología normales que presenta una leve ectasia ductal en cuerpo, sin calcificaciones ni lesiones ocupacionales.

Colangiografía magnética: Interrupción patológica del conducto de Wirsung en tercio medio del cuerpo del páncreas, de un centímetro de longitud con bordes afilados. Dilatación del conducto en la zona de la cola del páncreas.

Tras contraste, hipoperfusión de esta área pancreática, con sospecha de neoplasia de páncreas.

El estudio endoscópico confirma el diagnóstico de tumor pancreático.

Diagnóstico clínico: Neoplasia en cuerpo de páncreas T1 N0-1 con pancreatitis crónica retrógrada y pseudoquiste en cola.

Intervención quirúrgica: pancreatectomía corporo-caudal más esplenectomía.

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO:

CARCINOMA ENDOCRINO MEDIANAMENTE DIFERENCIADO DE CUERPO DE PÁNCREAS. 23 GANGLIOS LINFÁTICOS SIN TUMOR. BORDES QUIRÚRGICOS LIBRES. PANCREATITIS CRÓNICA ATROFICA FIBROSANTE CON PSEUDOQUISTES Y FOCOS DE ESTEATONECROSIS.

BAZO SIN ALTERACIONES DESTACABLES. (Pancreatectomía corporo-caudal más esplenectomía)

COMENTARIO

Los tumores endocrinos de páncreas (PET), también llamados tumores neuroendocrinos, tumores de células de los islotes o APUDOMAS, suponen el 1-2% del total de neoplasias pancreáticas.

Aunque se diagnostican a todas las edades, su pico de incidencia se sitúa entre los 30-60 años.

Se clasifican inicialmente en funcionantes o no funcionantes, siendo estos últimos de mayor tamaño, ya que se diagnostican más tarde.

El principal problema radica en tratar de predecir el comportamiento biológico de estos tumores basándonos en criterios histológicos. Si exceptuamos los carcinomas poco diferenciados tipo carcinoma de célula pequeña de comportamiento muy agresivo, la mayor parte de los PET's curan tras la extirpación quirúrgica.

Capella et cols en 1995, propusieron una clasificación de estos tumores en cuatro categorías, basándose en el tamaño, funcionalidad y angioinvasión.

La clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud en el 2000, los divide en:

- Tumor endocrino bien diferenciado: Funcionante

No funcionante

- Carcinoma endocrino bien diferenciado: Funcionante
No funcionante
- Carcinoma endocrino poco diferenciado- carcinoma de célula pequeña
- Carcinoma mixto exocrino-endocrino.

Entre los parámetros que se estudian para valorar el pronóstico están, además de la funcionalidad y el tamaño, otros datos histológicos como: necrosis, mitosis por 10HPF, invasión vascular y perineural, índice de Ki 67, cK 19, p53 y p27.

La ausencia de secreción hormonal o la secreción ectópica de ACTH, un tamaño superior a 2 cm, más de 10 mitosis por 10 HPF, y un Ki 67 superior a 4% son factores de agresividad biológica que caracterizan a un carcinoma endocrino de páncreas.

Otro punto de discusión en estos tumores es la existencia o no de tumores mixtos de tipo ductal-endocrino como tumores de colisión, diferenciación dual de una misma célula o simplemente si corresponden a conductos atrapados por el crecimiento tumoral. Para algunos autores el comportamiento de estas neoplasias sería más agresivo.

BIBLIOGRAFIA

Deshpande V, Selig MK, Nielsen GP et al. Ductulo-insular pancreatic endocrine neoplasma: clinicopathologic analysis of a unique subtype of pancreatic neuroendocrine neoplasms. Am J Surg Pathol. 2003;27:461-468.

Deshpande V, Fernandez-del Castillo C, Muzikansky A et al. Cytokeratin 19 is a powerful predictor of survival in pancreatic endocrine tumors. Am J Surg Pathol. 2004;28:1145-1153.

Heymann MF, Joubert M, Nemeth J, et al. Pronostic and immunohistochemical validation of the Capella classification of pancreatic neuroendocrine tumors: an analysis of 82 sporadic cases. Histopathology: 2000;36:421-432.

Hochwald SN, Zee S, Conlon KC et al. Prognostic factros in pancreatic endocrine neoplasms: an analysis of 136 cases with a proposal for low-grade and intermediate-grade group. J Clin Oncol. 2002;20:2633-2642.

Klimstra DS, Perren A, Öberg K et al. Non-functioning tumors and microadenomas. In : De Lellis RA, eds. Pathology and genetics. Tumors of endocrine organs.Lyon: IARC, 2004:117-208.

Solcia E, Capella C, Klöppel G. Tumors of the endocrine pancreas. In: Solcia E, eds. Atlas of tumor pathology. Washington: AFIP, 1997:145-207.

Van Eeden S, de Leng WW, Offerhaus GJ et al. Ductuloinular tumors of the pancreas: endocrine tumors with entrapped nonneoplastic ductules. Am J Surg Pathol 2004;28:813-820.