

Tumores endocrinos del páncreas. Evolución diagnóstica y terapéutica

Los tumores endocrinos del páncreas son raros y muy variables en cuanto a producción de hormonas, características histológicas y comportamiento clínico. Pueden ser esporádicos y presentarse como insulinomas (los más frecuentes), gastrinomas, VIPomas, somatostatinas, tumores secretores de hormonas adrenocorticotrópicas o de hormona del crecimiento, o bien estar asociados a síndromes genéticos como neoplasia endocrina múltiple I (NEM-I), enfermedad de von Hippel-Lindau, von Recklinghausen o esclerosis tuberosa.

El trabajo de la Dra. Meléndez y cols. informa de siete pacientes con tumores endocrinos del páncreas en un periodo de 10 años. Durante ese periodo se han mejorado las estrategias de diagnóstico y tratamiento para los diferentes tipos de tumores.

Estas neoplasias se clasifican de acuerdo con el péptido que liberan. En este trabajo se encontraron tres insulinomas, un gastrinoma, un VIPoma y dos tumores “no funcionales”. La ausencia de sintomatología no necesariamente refleja un tumor clínicamente no funcional y pueden pasarse por alto datos “subclínicos” por lo que frecuentemente no se miden en sangre todos los péptidos producidos por estos tumores.

Se encontraron tres tumores malignos (un gastrinoma, uno no funcional, un VIPoma). La producción hormonal se puede subdividir en hormonas intrínsecas del páncreas (insulina, polipéptido pancreático, somatostatina y glucagón) y hormonas de origen entérico (péptido intestinal vasoactivo y gastrina). Los tumores productores de hormonas intrínsecas del páncreas tienen un comportamiento generalmente benigno o menos agresivo que aquellos tumores productores de hormonas de origen entérico.

Los casos de insulinomas como era de esperarse fueron los más frecuentes y generalmente el cuadro clínico y laboratorio orientan al diagnóstico al encontrar datos de hiperinsulinismo como hipoglicemia, sudoración, palpitaciones, ganancia de peso etc. La mayoría de estos casos son esporádicos aunque algunos casos pueden asociarse con el síndrome NEM-I.

En cuanto a estudios de localización es importante enfatizar que los tumores endocrinos del páncreas son, en general, difíciles de encontrar. La localización preci-

sa y el estadiaje son muy importantes para determinar el pronóstico y la estrategia de tratamiento. En los casos reportados se observan variaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico seguramente asociado al lapso de tiempo en que fueron tratados.

Con respecto a los estudios de imagen, el abordaje generalmente es multimodal con tomografía computada multidetector dinámica, resonancia magnética, ultrasonido endoscópico, angiografía y muestras venosas. También se utiliza el gammagrama para receptores de somatostatina, ya que se sabe que es frecuente la sobreexpresión de estos receptores en los tumores endocrinos del páncreas. La tomografía por emisión de positrones (PET) es una modalidad prometedora utilizando F-dopa como marcador.

En relación con el gastrinoma es típica la larga evolución con síntomas de enfermedad ácido-péptica como en el paciente reportado. Lo ideal sería la detección temprana con una minuciosa historia clínica y medición de gastrina y prueba de secretina. Este caso fue aparentemente esporádico, sin embargo, es muy importante el descartar la asociación con NEM-I.

Hasta 25% de pacientes con NEM-I no tienen historia familiar de ésta. Por otro lado, hasta en 45% de pacientes con NEM-I, el síndrome de Zollinger-Ellison precede al diagnóstico de hiperparatiroidismo, incluso por varios años.

Es indispensable la valoración paratiroidea con calcio sérico y PTH.

Actualmente es posible detectar la mutación NEM-I antes del desarrollo de datos clínicos o síntomas de enfermedad endocrina. En casos familiares, las pruebas genéticas deberán iniciarse a los 10 años de edad.

El caso reportado fue visto con una enfermedad avanzada y maligna como generalmente se comportan los gastrinomas. El tratamiento adoptado con embolización fue desde mi punto de vista poco convencional.

Existen análogos de somatostatina y antagonistas de algunos receptores que pueden controlar la hipersecreción de varios tumores endocrinos incluyendo gastrinomas, insulinomas, glucagonomas y VIPomas.

El desarrollo de la cirugía laparoscópica ha permitido el que muchos de estos tumores se puedan resolver

por esta vía, particularmente los casos de enucleación o resecciones distales.

En conclusión, el diagnóstico, localización y tratamiento de los tumores endocrinos del páncreas ha evolucionado enormemente en los últimos años. El desarrollo de sofisticados estudios de imagen y su aplicación multimodal permite diagnosticar y localizar las lesiones. El tratamiento

quirúrgico es el ideal y existen modalidades de tratamiento médico para casos no resecables.

Dr. Carlos Chan

Departamento de Cirugía General. Clínica de Páncreas. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán