



## Original

# Tratamiento quirúrgico de los tumores neuroendocrinos no funcionantes de páncreas basado en 3 escenarios clínicos



Juli Busquets<sup>a,\*</sup>, Elena Ramírez-Maldonado<sup>a</sup>, Teresa Serrano<sup>b</sup>, Núria Peláez<sup>a</sup>,  
Luís Secanella<sup>a</sup>, Sandra Ruiz-Osuna<sup>c</sup>, Emilio Ramos<sup>a</sup>, Laura Lladó<sup>a</sup> y Juan Fabregat<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Digestivo, Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

<sup>c</sup>Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 21 de mayo de 2016

Aceptado el 29 de julio de 2016

On-line el 15 de noviembre de 2016

## Palabras clave:

Tumor neuroendocrino pancreático no funcionante

Resección pancreática

Resección hepática

Metástasis hepáticas

Duodenopancreatectomía cefálica

## RESUMEN

**Introducción:** El tratamiento de los tumores neuroendocrinos pancreáticos no funcionantes (TNEPNF) es la resección en caso de enfermedad localizada o metástasis hepáticas reseccables. Existe controversia en metástasis hepáticas irreseccables.

**Métodos:** Analizamos los datos perioperatorios y de supervivencia de 63 pacientes resecados por TNEPNF entre 1993 y 2012, dividiéndolos en 3 escenarios: A, resección pancreática (44 pacientes); B, resección pancreática y hepática por metástasis hepáticas sincrónicas (12 pacientes), y C, resección pancreática en presencia de metástasis hepáticas irreseccables (6 pacientes). Se estudiaron factores pronósticos de supervivencia y recidiva.

**Resultados:** Las cirugías más frecuentes fueron, pancreatectomía corporocaudal (51%) y duodenopancreatectomía cefálica (38%). El 44% de los pacientes requirieron una cirugía asociada, resecando sincrónicamente páncreas e hígado en 9. Dos pacientes recibieron un trasplante hepático durante el seguimiento. Según la clasificación de la OMS, se distribuyeron en G1: 10 (16%), G2: 45 (71%) y G3: 8 (13%). La morbimortalidad postoperatoria fue del 49 y del 1,6%, respectivamente. Al cierre del estudio, 43 (68%) seguían vivos, con una supervivencia actuarial media de 9,6 años. La clasificación de la OMS y la recidiva fueron factores de riesgo de mortalidad en el estudio multivariante. La supervivencia actuarial mediana por escenarios fue de 131 meses (A), 102 meses (B) y 75 meses (C), sin diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** El tratamiento del TNEPNF sin enfermedad a distancia es la resección. Las metástasis hepáticas reseccables en los tumores bien diferenciados deben reseccarse. La resección del tumor pancreático con metástasis hepáticas sincrónicas irreseccables debe considerarse en TNEPNF bien diferenciados. El grado de clasificación de la OMS y la recidiva son factores de riesgo de mortalidad a largo plazo.

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jbusquets@bellvitgehospital.cat](mailto:jbusquets@bellvitgehospital.cat) (J. Busquets).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.07.008>

0009-739X/© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Surgical treatment of non-functioning pancreatic neuroendocrine tumours based on three clinical scenarios

### ABSTRACT

#### Keywords:

Non-functioning pancreatic neuroendocrine tumour  
Pancreatic resection  
Liver resection  
Liver metastases  
Pancreaticoduodenectomy

**Introduction:** The treatment of patients with non-functioning pancreatic neuroendocrine tumours (NFPNET) is resection in locally pancreatic disease, or with resectable liver metastases. There is controversy about unresectable liver disease.

**Methods:** We analysed the perioperative data and survival outcome of 63 patients who underwent resection of NFPNET between 1993 and 2012. They were divided into 3 scenarios: A, pancreatic resection (44 patients); B, pancreatic and liver resection in synchronous resectable liver metastases (12 patients); and C, pancreatic resection in synchronous unresectable liver metastases (6 patients). The prognostic factors for survival and recurrence were studied.

**Results:** Distal pancreatectomy (51%) and pancreaticoduodenectomy (38%) were more frequently performed. Associated surgery was required in 44% of patients, including synchronous liver resections in 9 patients. Two patients received a liver transplant during follow-up. According to the WHO classification they were distributed into G1: 10 (16%), G2: 45 (71%), and G3: 8 (13%). The median hospital stay was 11 days. Postoperative morbidity and mortality were 49% and 1.6%, respectively. At the closure of the study, 43 (68%) patients were still alive, with a mean actuarial survival of 9.6 years. The WHO classification and tumour recurrence were risk factors of mortality in the multivariate analysis. The median actuarial survival by scenarios was 131 months (A), 102 months (B), and 75 months (C) without statistically significant differences.

**Conclusions:** Surgical resection is the treatment for NFPNET without distant disease. Resectable liver metastases in well-differentiated tumours must be resected. The resection of the pancreatic tumour with unresectable synchronous liver metastasis must be considered in well-differentiated NFPNET. The WHO classification grade and recurrence are risk factors of long-term mortality.

© 2016 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Los tumores neuroendocrinos pancreáticos (TNEP) representan actualmente el 2-5% de los tumores pancreáticos<sup>1-7</sup>. Con el incremento del uso de las nuevas técnicas de imagen ha aumentado el diagnóstico de los TNEP no funcionantes (TNEPNF), representando en la actualidad el 68-80% de los TNEP<sup>3,5-15</sup>. Los TNEPNF no están asociados con síntomas clínicos específicos, ya que no producen un exceso de hormona activa. El diagnóstico puede ser incidental, pero a menudo se descubren en una fase muy avanzada de la enfermedad, ya sea desde el punto de vista local, o incluso con metástasis hepáticas<sup>3,6,7,9-13,16</sup>. Actualmente, el tratamiento aceptado para estos pacientes es la resección quirúrgica, como lo demuestran diversos estudios que describen la mejoría en la supervivencia tras la cirugía<sup>6,8-13,16-18</sup>. La agresividad de los TNEP ha sido definida por criterios que incluyen la invasión local, la evidencia histológica de invasión linfática, vascular o perineural, y las metástasis a distancia<sup>1-3</sup>. En 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó a los TNEP en tumor neuroendocrino (TNE) grado 1, TNE grado 2 y carcinoma neuroendocrino grado 3, en base a la diferenciación histológica y a la actividad proliferativa (Ki67)<sup>4,5,7,9,19-23</sup>. Diversos autores ya han demostrado la utilidad de dicha clasificación al evidenciar peor supervivencia en grados elevados<sup>8,10,24</sup>. El objetivo de este estudio ha sido revisar los resultados a corto y a largo plazo tras el tratamiento quirúrgico

de los TNEPNF durante los últimos 20 años. Así mismo, estudiar los factores pronósticos de supervivencia y recidiva tras la resección quirúrgica.

## Métodos

Hemos revisado la experiencia en el tratamiento de los pacientes remitidos a nuestra Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático por TNEPNF, y que hubieran sido tributarios del tratamiento quirúrgico, desde 1993 hasta 2012. Hemos registrado de forma prospectiva los datos demográficos, anatomopatológicos y de seguimiento de 63 pacientes, a los que se les practicó resección del tumor primario pancreático con intención curativa o paliativa. Se definió intervención curativa cuando se resecó el tumor primario, y en los casos con metástasis hepáticas, estas fueran reseadas o tratadas con medios ablativos en su totalidad. Se definió resección paliativa aquella en la que se resecó el tumor primario en presencia de metástasis hepáticas irresecables; el objetivo fue prevenir la progresión local del tumor primario que pudiera disminuir la supervivencia o calidad de vida del paciente. Todos los pacientes tienen un estudio preoperatorio con tomografía computarizada (TC), y dada la extensión temporal de la serie, la técnica de la TC se ha modificado. Desde 1991 a 1994 se utilizó TC no helicoidal. Desde 1994 a 2004 se utilizó TC helicoidal de una corona. A partir de 2003 se utilizó la TC multidetector de 4, 16 y, posteriormente, 64 coronas.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5728475>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5728475>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)