

A propósito de un caso ; Compresión Medular como debut de un tumor neuroendocrino pancreático metastásico.

Palabras Clave

•Neoplasia Neuroendocrina del tubo digestivo

•Compresión Medular Neoplásica.



Autores: Alberto R. Sevillano. Miriam E. Pérez. Elisa Mañas. Óscar Valle. Gema Durán.

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

1 Introducción

- La incidencia de las Neoplasias Neuroendocrinas se ha multiplicado por 6.4 en las últimas cuatro décadas siendo las originadas en el tracto digestivo las más frecuentes (3.56 casos/100.000 habitantes/año).
- Los tumores neuroendocrinos de páncreas, son neoplasias poco frecuentes (<3% de los tumores pancreáticos), que incluso en estadios avanzados presentan mejores tasas de supervivencia que otras histologías.
- La compresión medular neoplásica, es la segunda complicación neurológica más frecuente del paciente oncológico. Generalmente suele aparecer ante una progresión tumoral, aunque en un 20% de los casos puede ser el debut de una neoplasia no conocida.

2 Anamnesis y Exploración Física

- Anamnesis.
 - Varón de 71 años, que acude a urgencias por paraparesia brusca de miembros inferiores. Refiere dorsalgia interescapular de tres meses de evolución, que empeora con la marcha, así como pérdida de 10 kg. de peso.
- Exploración física.
 - Nivel sensitivo T8 derecho, T6 izquierdo. Balance Motor : Destaca déficit motor flexor a nivel de cadera, rodilla y pie de ambas extremidades, con fuerza 3/5. Reflejos osteo-tendinosos aquileo y rotuliano bilaterales exaltados. Reflejo cutáneo plantar extensor bilateral.

3 Pruebas complementarias

- RMN columna completa con contraste : Masa sólida con epicentro en el cuerpo vertebral y elementos posteriores de D4, que infiltra los cuerpos vertebrales y elementos posteriores de D3. La masa invade el canal raquídeo provocando estenosis y compresión severa de la médula espinal a este nivel.
- TAC toraco-abdominal con contraste : Tumoración de partes blandas de captación heterogénea y localización retroperitoneal, de 79 mm, que parece depender de la cola pancreática. Asocia adenopatías locorregionales de gran tamaño y múltiples metástasis hepáticas.

4 Tratamiento y Evolución

- Laminectomía dorsal descompresiva y toma biopsia que confirma la infiltración metastásica vertebral por una Neoplasia Neuroendocrina Grado 2 ; 15 mitosis/10HPF, Ki67 15%.
- El paciente evoluciona favorablemente y recupera la movilidad.
- Se realiza Octreoscan que confirma tumoración que expresa receptores para somatostatina, localizada a nivel de cola de páncreas, asociada a adenopatías locorregionales, metástasis hepáticas y óseas.
- Inicia primera línea de tratamiento quimioterápico con Temozolamida-Capécitabina, alcanzando respuesta parcial tras el cuarto ciclo. Actualmente ha recibido catorce ciclos y el paciente mantiene enfermedad estable.

5 Diagnóstico final

Neoplasia Neuroendocrina de origen pancreático, bien diferenciada, metastásica (óseas y hepáticas múltiples)

6 Breve discusión

- El curso clínico de los pacientes con Tumores Neuroendocrinos gastroenteropancreáticos bien diferenciados es altamente variable.
- Algunos pacientes con tumores indolentes podrían permanecer asintomáticos durante varios años, incluso sin recibir tratamiento.
- En otras ocasiones, los pacientes presentan enfermedad sintomática, ya sea por la liberación péptidos vasoactivos, la masa tumoral primaria o metastásica, como en nuestro caso, que debuta con una compresión medular, hecho poco habitual.
- Las compresiones medulares generalmente aparecen en el contexto de una progresión tumoral en un paciente oncológico de enfermedad avanzada, siendo los tumores más frecuentemente implicados, mama, pulmón y próstata. Cuando la compresión supone el debut de una neoplasia no conocida nos enfrentamos a un verdadero reto diagnóstico, especialmente en tumores en los que las metástasis vertebrales no son tan frecuentes.
- A pesar de ser diagnosticados en estadios avanzados, los pacientes con tumores neuroendocrinos pancreáticos bien diferenciados generalmente presentan mejor pronóstico que otras estirpes histológicas con una mediana de supervivencia de 60 meses y una tasa de supervivencia global a 5 años del 50%.

7 Referencias

- Classification, epidemiology, clinical presentation, localization, and staging of pancreatic neuroendocrine neoplasms - UpToDate. (n.d.). Retrieved November 9, 2021, from https://www.uptodate.com/contents/classification-epidemiology-clinical-presentation-localization-and-staging-of-pancreatic-neuroendocrine-neoplasms?search=tumor%20neuroendocrino%20pancreatico&source=search_result&selectedTitle=1~122&usage_type=default&display_rank=1
- Dasari, A., Shen, C., Halperin, D., Zhao, B., Zhou, S., Xu, Y., Shi, T., & Yao, J. C. (2017). Trends in the Incidence, Prevalence, and Survival Outcomes in Patients With Neuroendocrine Tumors in the United States. *JAMA Oncology*, 3(10), 1335–1342. <https://doi.org/10.1001/JAMAONCOL.2017.0589>
- González-Flores E, Serrano R, Sevilla I, Viúdez A, Barriuso J, Benavent M, et al. SEOM clinical guidelines for the diagnosis and treatment of gastroenteropancreatic and bronchial neuroendocrine neoplasms (NENs) (2018). *Clin Transl Oncol*. 2019 Jan 25;21(1):55–63.
- Bilsky MH, Laufer I, Fourney DR, Groff M, Schmidt MH, Varga PP, et al. Reliability analysis of the epidural spinal cord compression scale. *J Neurosurg Spine*. 2010 Sep;13(3):324–8.
- Laufer I, Rubin DG, Lis E, Cox BW, Stubblefield MD, Yamada Y, et al. The NOMS Framework: Approach to the Treatment of Spinal Metastatic Tumors. *Oncologist*. 2013 Jun 1;18(6):744–51.
- Savage P, Sharkey R, Kua T, Schofield L, Richardson D, Panchmatia N, et al. Malignant spinal cord compression: NICE guidance, improvements and challenges. *QJM*. 2014 Apr 1;107(4):277–82.

