

## Editorial

Los tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (TNEGEP) representan un grupo de tumores derivados del tejido embrionario, poco frecuentes, de crecimiento lento pero con capacidad de metastatizar y muy heterogéneos. Pueden localizarse en cualquier tramo del tubo digestivo y en el páncreas, siendo el hígado, el órgano en el que asientan las metástasis con mayor frecuencia. Es difícil pensar en ellos ya que la mayoría son tumores esporádicos y no funcionantes por lo que los síntomas son inespecíficos, del tipo de dispepsia, dolor epigástrico, HDA, pérdida de peso, o, en etapas tardías, síntomas compresivos por el crecimiento tumoral, en cuyo caso ya existen metástasis. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha. La confirmación en los tumores funcionantes se realiza mediante determinaciones en sangre y orina del péptido secretado o su producto de degradación (5OHIA, Insulinemia y péptido C, gastrinemia, glucagonemia, etcétera). En los tumores no funcionantes, la cromogranina A puede ayudarnos no sólo para el diagnóstico sino para detectar la recidiva y valorar la respuesta al tratamiento.

En el diagnóstico de localización, dado que la mayoría poseen receptores de somatostatina, la gammagrafía con octeótrido (octreoscán), es la que ofrece una mayor sensibilidad para localizar el tumor primario y las metástasis. El desarrollo de las exploraciones endoscópicas ha hecho que se detecten tumores no solo en tubo digestivo sino también en páncreas con la ecoendoscopia. Del mismo modo, la cápsula endoscópica es especialmente útil en la localización de tumores de intestino delgado.

Las terapias con análogos de somatostatina, interferón  $\alpha$ , radionúclidos o quimioterapia, ayudan a frenar la sintomatología o el crecimiento tumoral pero el pilar del tratamiento con intención curativa, es sin duda la cirugía, bien para eliminar todo el tumor y las posibles metástasis o para realizar una citoreducción, tras la que una terapia adyuvante va a ser mas potente y eficaz.

El pronóstico depende de la localización tumoral, de la diferenciación histológica, del tamaño al momento del diagnóstico y de la extensión locoregional o a distancia. Por otro lado la funcionalidad del tumor es otro criterio pronóstico

indirecto, probablemente porque los funcionantes se diagnostican antes.

La supervivencia media puede alcanzar el 50-60% a los cinco años, pero varía según el tipo de tumor y así, por ejemplo, es mayor del 95 % para los insulinomas benignos frente al 30% en tumores no funcionantes y clínicamente silentes. Estos datos obligan a reconsiderar la idea de que los TNEGEP son de crecimiento lento y por lo tanto benignos.

La cirugía juega un papel muy importante en el tratamiento y debe realizarse por cirujanos implicados en esta patología ya que la con la intervención quirúrgica se pretende:

1.— En primer lugar, la identificación tumoral, ya que, a pesar de todo el arsenal diagnóstico, hay un número no despreciable de tumores que, aún siendo funcionantes y presentando sintomatología, no se pueden localizar y será en el acto quirúrgico en el que, mediante exploraciones minuciosas, mediciones hormonales dirigidas o con la ecografía intraoperatoria, tratemos de identificarlos. Aún así no siempre se consigue y eso dificulta aún más la estrategia terapéutica.

2.— Una exploración abdominal completa que puede identificar otros tumores asociados.

3.— La resección completa del tumor primario que depende de la localización y puede ir desde pequeñas enucleaciones a amplias resecciones con linfadenectomías o técnicas combinadas en casos de multiplicidad tumoral.

4.— Determinaciones bioquímicas que aseguren que el tumor ha sido resecado.

5.— El tratamiento de las metástasis o las recidivas.

Como vemos, los tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (TNEGEP), representan un grupo de tumores de baja prevalencia y muy heterogéneos que requieren un abordaje multidisciplinar en el que participen endocrinólogos, oncólogos, patólogos, digestólogos, especialistas en medicina nuclear y de radiodiagnóstico para su diagnóstico, terapia y seguimiento. Sin embargo el papel del cirujano en el tratamiento es fundamental y para nosotros esto supone un gran reto: las diferentes localizaciones, la dificultad en la sospecha clínica y en el diagnóstico, el hecho de carecer de una clasificación uniforme (como la TNM para los tumores epiteliales) que nos

orienta a la elección del tratamiento adecuado, la variabilidad en el pronóstico entre unos tumores y otros, así como la falta de grandes series, ofrecen un amplio abanico de posibilidades que nos exige un alto nivel de capacitación y experiencia, además de una buena comunicación con el resto de especialistas implicados, ya que probablemente sea el grupo de tumores en el que mas profesionales intervienen y donde el manejo multidisciplinar se hace imperativo.

No quiero terminar sin agradecer la confianza que ha depositado en nosotros la Asociación Andaluza de Cirujanos a la hora de realizar esta monografía, al Profesor Jose Maria García

Gil por su aliento y apoyo, así como a los profesionales de las distintas especialidades que han hecho posible la elaboración de la misma y que creo que han dado un enfoque amplio desde la clasificación y puesta al día del concepto general de estos tumores, el diagnóstico clínico y de localización, la estrategia quirúrgica para cada uno de ellos y el seguimiento posterior, que espero sea útil a la hora de tomar decisiones y sea fuente de un conocimiento mas profundo sobre el tema.

**Beatriz Pérez Cabrera**

Directora de la monografía