

Síndrome de Zollinger - Ellison. Controversias diagnósticas y terapéuticas

Resumen de la conferencia dictada en el Curso Internacional del
61º Congreso Argentino de Cirugía. Buenos Aires - 1990.

Prof. Jaeck, Daniel * y

Mondino, Juan Carlos **

Palabras clave: Enfermedad ulcerosa - Tumor pancreático - Gastrinomas.

Este síndrome ha sido descrito por Zollinger-Ellison en 1955, asociando una enfermedad ulcerosa severa, una hipersecreción ácida y un tumor pancreático endócrino no beta.

Los gastrinomas son tumores frecuentemente malignos (60 por ciento) que se traducen por la aparición de metástasis ganglionares y/o hepáticas; de ahí el interés del diagnóstico precoz. El gastrinoma puede estar dentro del cuadro de un síndrome de Wermer (Men I). La frecuencia es evaluada en alrededor de 0.5 casos por millón de habitantes y por año en Francia. Es más frecuente en el hombre (2/3 de los casos) y se observa a toda edad pero con una incidencia máxima en la quinta década.

Este tumor se expresa por un síndrome ulceroso que afecta duodeno, estómago, esófago y yeyuno (90% de los casos); él está asociado en un 60 % de los casos a una diarrea acuosa o esteatorreica.

Para el diagnóstico bioquímico existe el test de estimulación de la secretina, que origina un aumento de la gastrinemia y ésta produce aumento de la secreción ácida basal. Aquí se debe tener en cuenta para el diagnóstico diferencial el llamado pseudo-síndrome de Zollinger-Ellison (hiperplasia benigna de las células G antrales).

El tumor puede ser localizado por la ecografía pre e intraoperatoria, la tomografía axial computada (TAC), la resonancia nuclear magnética y la angiografía selectiva.

Una buena asociación es la angiografía-TAC (Mignon). Si estos métodos fracasan está justificado hacer los dosajes venosos del sistema porta por punción percutánea transhepática (N.W. Thompson). Estos dosajes escalonados han sido perfeccionados por la inyección selectiva de secretina en las arterias que irrigan el páncreas, permitiendo así localizar el tumor (Imamura). Por último, está en etapa de evaluación la eco-endoscopia.

En el tratamiento se debe considerar:

1 - El tratamiento de la hipersecreción ácida.

2 - El tratamiento del proceso tumoral.

1- La hipersecreción ácida puede ser tratada médicamente con antisecretores de por vida (cimetidina, ranitidina, famotidina, omeprazole).

La hipersecreción ácida puede ser tratada también con cirugía cuando fracasa el tratamiento médico, realizándose la gastrectomía total.

2 - En el tratamiento del proceso tumoral, se debe tener en cuenta si el tumor está o no asociado al síndrome de Wermer (Men I).

En el gastrinoma no asociado al Wermer, el tratamiento ideal es la exéresis completa del tumor. El páncreas debe ser completamente explorado, decolando el duodeno de la cabeza del páncreas y luego se debe practicar el decolamiento colo-epiploico para explorar la región córpore-caudal, anexando a la exploración la ecografía intraoperatoria. Si la búsqueda se torna infructuosa, es necesario pensar en la ectopías, las cuales se encuentran en un 65 a 90 % dentro del triángulo del gastrinoma (Stabile). Cuando el tumor está ubicado en el páncreas izquierdo, se prefiere la exéresis pancreática izquierda. Si el tumor está en el páncreas derecho, la simple enucleación se prefiere. Cuando los gastrinomas son

* Jefe del Servicio de Cirugía General y Endocrinología del Hospital Haute Pierre de Estrasburgo - Francia.

** Ex Asociado al Servicio del Prof. Jaeck. Actualmente cirujano adjunto del Servicio de Cirugía General del Hospital Privado - Córdoba - Argentina.

ectópicos, se hará la exéresis sobre el duodeno, intestino delgado, mesenterio, ovario, etc. Si el tumor no es encontrado, una exéresis a ciegas está justificada, si se aportan pruebas suficientes a través de los dosajes escalonados. Si el tumor está asociado al síndrome de Wermer, la cirugía del hiperparatiroidismo debe ser realizada antes que la cirugía del gastrinoma. En el caso de metástasis ganglionares y/o hepáticas, si el tumor es resecable, la exéresis está justificada, incluso la exéresis de las metástasis. Si no es resecable, se puede intentar quimioterapia con Streptozotocina 5 FU o Somatostatina. Starzl propone la transplatación doble de hígado y de páncreas, previa resección en block de los gastrinomas con metástasis ganglionares y/o hepáticas.

En conclusión:

Son muchos los gastrinomas que permanecen desconocidos o que son diagnosticados tardíamente. El tratamiento médico permite el control del órgano blanco (estómago). El tratamiento quirúrgico apunta a ser curativo. Es necesario pensar en los tumores ectópicos y en los microgastrinomas fundamentalmente duodenales. La presencia de las metástasis no contraindica la exéresis del tumor, ya que éste es de evolución lenta.

