

ABSTRACT POSTER

* NOME PRIMO AUTORE: Paolo

* COGNOME PRIMO AUTORE: Dalino Ciaramella

SEDE: SC Endocrinologia AO Niguarda Milano

Mail: pdalino@libero.it * Presentatore

NOME COAUTORE: Sara

COGNOME COAUTORE: Andreani

SEDE: Chirurgia Generale e Videolaparoscopica AO Niguarda

Mail: sara.andrani@ospedaleniguarda.it

NOME COAUTORE: Benedetta

COGNOME COAUTORE: Zampetti

SEDE: SC Endocrinologia AO Niguarda Milano

Mail: benedettazampetti@yahoo.it

NOME COAUTORE: Erika

COGNOME COAUTORE: Grossrubatscher

SEDE: SC Endocrinologia AO Niguarda Milano

Mail: gr.erika@libero.it

NOME COAUTORE: Renato

COGNOME COAUTORE: Cozzi

SEDE: SC Endocrinologia AO Niguarda Milano

Mail: renatocozzi@tiscali.it

NOME COAUTORE: Daniela

COGNOME COAUTORE: Dallabonzana

SEDE: SC Endocrinologia AO Niguarda Milano

Mail: daniela.dallabonzana@ospedaleniguarda.it

NOME COAUTORE: Angelo

COGNOME COAUTORE: Vanzulli

SEDE: Radiologia AO Niguarda Milano

Mail: angelo.vanzulli@ospedaleniguarda.it

NOME COAUTORE: Mario

COGNOME COAUTORE: Camozzi

SEDE: Anatomia Patologica AO Niguarda Milano

Mail: mario.camozzi@ospedaleniguarda.it

NOME COAUTORE: Chiara

COGNOME COAUTORE: Funaioli

SEDE: Oncologia AO Niguarda Milano

Mail: chiara.funaioli@ospedaleniguarda.it

NOME COAUTORE: Marcello

COGNOME COAUTORE: Gambacorta

SEDE: Anatomia Patologica AO Niguarda Milano

Mail: marcello.gambacorta@ospedaleniguarda.it

NOME COAUTORE: Raffaele

COGNOME COAUTORE: Pugliese

SEDE: Chirurgia Generale e Videolaparoscopica AO Niguarda Milano

Mail: raffaele.pugliese@ospedaleniguarda.it

NOME COAUTORE: Paola

COGNOME COAUTORE: Loli

SEDE: SC Endocrinologia AO Niguarda Milano

Mail: paola.loli@ospedaleniguarda.it

TIPOLOGIA: POSTER

ARGOMENTO: Casi Clinici e varie

TITOLO: Tumore neuroendocrino pancreatico calcitonina-secernente: case report e revisione della letteratura

INTRODUZIONE: I tumori neuroendocrini del pancreas (P-NETs) calcitonina-secernenti sono molto rari (circa cinquanta casi descritti), sono equamente localizzati a testa e coda pancreatica, sono associati a diarrea acquosa (51%), addominalgia (35%) e oltre il 60% presenta metastasi alla diagnosi (nel 90% epatiche). Riportiamo il caso di una donna di 23 anni, giunta alla nostra osservazione nel novembre 2012.

Sintomatologia: da due anni riferiva saltuaria addominalgia "a cintura", spesso a digiuno, in assenza di tipica sindrome da carcinoide; la terapia con progestinico prescritta per PCOs non aveva portato beneficio. Successivo iter diagnostico:

Imaging: una TC addome (settembre 2012) evidenziava nodulo alla coda del pancreas (17mm) tenuemente ipervascolarizzato, sospetto per lesione neuroendocrina, e linfadenomegalia peripancreatica. La successiva scintigrafia con ¹¹¹indio-pentetreotide mostrava ipercaptazione della coda pancreatica. La biopsia ecoendoscopica documentava citologia sospetta per lesione neuroendocrina. Esami biochimici: markers tumorali gastrointestinali negativi, Cromogranina A 30 U/L, NSE 16 ng/mL, test del digiuno prolungato negativo. A seguito del riscontro di calcitonina basale elevata eseguiva screening anticorpale tiroideo, ecografia tiroidea (negativi) e test con calcio gluconato (88,4→130 pg/mL). Nell'ipotesi diagnostica di P-NET calcitonina-secernente a fine novembre veniva sottoposta a splenopancreasectomia distale videolaparoscopica.

Esame istologico: tumore pancreatico neuroendocrino (T2N1Mx, G2-ENETS), necrosi, infiltrazione adiposa, invasione perineurale/vascolare, immunofenotipo cromogranina+, sinaptofisina+, gastrina-, calcitonina+, MIB1 7%; metastasi linfonodale locoregionale (calcitonina+, CgA+).

Follow up: a due mesi dall'intervento oltre alla completa remissione dei sintomi si verificava normalizzazione di calcitonina basale e dopo stimolo (6,3→8,4 ng/mL) e CgA (8,8 U/L); veniva avviata terapia adiuvante con octreotide LAR 30 mg/28 gg, tuttora in corso; a luglio calcitonina basale (in octreotide) 0,1 ng/mL. A quattro mesi eseguiva RM addome: due noduli epatici (7 e 8 mm) sospetti per secondarismi. Una successiva PET con ⁶⁸gallio documentava patologico iperaccumulo in retroperitoneo e a quattro focalità epatiche.

Conclusioni: In pazienti affetti da P-NET l'ipercalcitoninemia pare correlata ad un atteggiamento biologico tumorale più aggressivo. Mentre il valore diagnostico della determinazione di calcitonina nel work up dei

tumori neuroendocrini e generalmente riconosciuto, il valore prognostico è controverso. Il caso riportato conferma il limitato valore predittivo di questa determinazione nel follow up di un pNET.

Bibliografia

- 1) Schneider R et al. Calcitonin-Secreting Pancreatic Endocrine Tumors. Systematic Analysis of a Rare Tumor Entity. *Pancreas*. 2011 Mar;40(2):213-21
- 2) Fleury A. et al. Calcitonin-secreting tumors of the pancreas: about six cases. *Pancreas*. 1998 May;16(4):545-5
- 3) Delis S et al. Asymptomatic calcitonin-secreting tumor of the pancreas. A case report. *JOP*. 2006 Jan 11;7(1):70-3
- 4) Eriksson B et al. Neuroendocrine pancreatic tumours: clinical presentation, biochemical and histopathological findings in 84 patients. *J Intern Med*. 1990;228:103-113
- 5) Machens A et al. Hypercalcitoninemia in a sporadic asymptomatic neuroendocrine tumor of the pancreatic tail. *Dig Surg*. 2000;17:522-524