



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-248 - RECIDIVA METASTÁSICA EN PÁNCREAS POR CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS

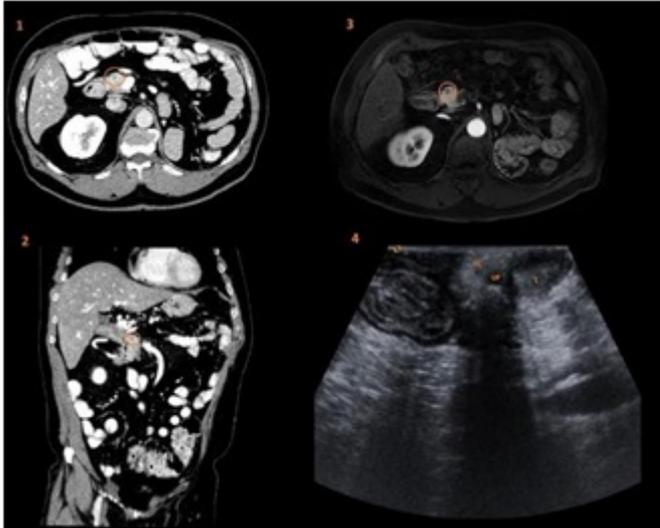
García Martínez, María de Los Ángeles<sup>1</sup>; Ubiña Martínez, Alfredo<sup>2</sup>; Morales Martínez, Ana<sup>2</sup>; Hernández García, María Dolores<sup>2</sup>; Dabán Collado, Enrique<sup>2</sup>; Moreno Cortés, Clotilde<sup>2</sup>; Navarro Freire, Francisco<sup>2</sup>; Mirón Pozo, Benito<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada; <sup>2</sup>Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

### Resumen

**Introducción:** Las metástasis pancreáticas (MP) suponen entre el 2 y el 5% de los tumores pancreáticos. Su presentación aislada es excepcional y el origen más frecuente está en colon, mama, piel y cerebro. Las de origen renal son infrecuentes, entre el 1 y el 2,8%. Las MP por carcinoma renal (CR) se presentan de forma sincrónica o metacrónica, habiéndose descrito casos hasta 27 años después de la nefrectomía, aunque el 85% ocurre en los primeros 3 años. La diseminación es hematológica o linfática. Suelen presentarse como metástasis únicas y asintomáticas, y diagnosticarse en el seguimiento de la neoplasia primaria. Cuando presentan síntomas, éstos pueden ser diversos e indistinguibles de otro tipo de tumores pancreáticos. La ecografía las visualiza como nódulos hipocóicos, pero es el TAC la prueba de elección, puesto que diferencia las MP (lesiones hipervasculares) del adenocarcinoma primario de páncreas (típicamente hipovascular). Puesto que la quimioterapia y la radioterapia no son efectivas para el CR ni sus metástasis, el tratamiento de elección ante una MP solitaria resecable, es la resección quirúrgica.

**Caso clínico:** Varón de 60 años con antecedente de hemicolectomía derecha por adenocarcinoma de ángulo hepático en 2000, encontrándose libre de enfermedad. En 2007 se practica nefrectomía radical izquierda con márgenes libres por CR. En TAC de control de 2010 se detecta tumoración sólida en cola de páncreas de probable origen neoplásico. Se realiza pancreatectomía corporo-caudal, con resultado anatomopatológico de metástasis de CR. En abril de 2017 el paciente presenta descompensaciones glucémicas y diarreas posprandiales. En ECO y TAC se evidencia nuevo nódulo de 7mm en resto cefálico pancreático, compatible en su contexto clínico con nueva metástasis. Se practica enucleación guiada por ecografía intraoperatoria. El estudio anatomopatológico confirma nueva metástasis de CR, con páncreas libre de tumor y límites quirúrgicos libres. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento, asintomático y estable desde el punto de vista oncológico.



**Discusión:** Las metástasis pancreáticas de cualquier origen son raras. La MP de CR como presentación exclusiva de enfermedad metastásica es extremadamente infrecuente. Debe sospecharse MP en los pacientes con tumoración pancreática e historia de CR. El intervalo de aparición de metástasis puede ser bastante largo. Se recomienda seguimiento a largo plazo en estos pacientes. En nuestro caso se trata de una segunda MP de CR, algo no descrito en la bibliografía, que podría argumentarse por la afinidad de las células de CR por el parénquima pancreático, por lo que podrán metastatizar en él sin existir metástasis en otros órganos, justificando las recurrencias tras una resección pancreática. Cuando el tumor primario está controlado, el páncreas es el único órgano afectado por metástasis y la lesión es resecable, se recomienda tratamiento quirúrgico, mejorando la supervivencia y la calidad de vida. El tipo de resección está condicionado por la localización de la lesión y la obtención de márgenes libres. La tasa de supervivencia a 5 años tras la resección es muy variable, de 29 al 88%, mejor que la de los tumores primarios de páncreas.