



P-212 - METÁSTASIS PANCREÁTICA DE ADENOCARCINOMA RENAL

Romera Barba, Elena; Bertelli Puche, Julia; Carrillo López, María José; Navarro García, María Inmaculada; Castañer Ramón-Llín, Juan; de Paco Navarro, Ángel; Vicente González, Rosa; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: La mayoría de los tumores pancreáticos malignos son adenocarcinomas, constituyendo entre el 85-90% de esta categoría. Las metástasis en el páncreas son raras, representando un 2-5% de los tumores pancreáticos malignos. Los focos primarios más frecuentes son pulmón, colon, mama, piel y cerebro. La enfermedad metastásica del páncreas debido a adenocarcinoma renal es poco frecuente, entre el 1-2,8%, ya que sus lugares más frecuentes de metástasis son: pulmón (50-60%), hueso (30-40%), hígado (30-40%), suprarrenales y cerebro (5%). Mientras que la cirugía de las metástasis en hígado, pulmón y cerebro de tumores como colon, sarcomas y carcinoma renal ha sido ampliamente defendida en la literatura en cuanto a términos de supervivencia y calidad de vida, la experiencia en el tratamiento quirúrgico de las metástasis en el páncreas es escasa, existiendo pocas guías clínicas sobre su manejo.

Caso clínico: Mujer de 65 años con antecedentes personales de nefrectomía radical izquierda en 1994 por adenocarcinoma renal, que respetaba cápsula, grasa renal y vasos renales, con ganglios negativos. En 2009 se intervino por metástasis única pulmonar en lóbulo superior derecho realizando bilobectomía superior y media. En 2010 se intervino por metástasis en húmero derecho, mediante resección de mitad proximal y reconstrucción con prótesis modular de hombro. En TC de control de febrero de 2014 se detecta lesión de 1,3 cm en cuerpo de páncreas con realce de contraste en fase arterial. Se realizó PET-TAC donde no se aprecia incremento metabólico significativo, y PAAF guiada por ecoendoscopia que resultó compatible con metástasis de adenocarcinoma renal. Se intervino mediante laparotomía hallando nódulo de unos 1,3 cm en cuerpo de páncreas. La ecografía intraoperatoria no evidenció otras lesiones, y se realizó pancreatectomía distal. La anatomía patológica definitiva informó de metástasis de adenocarcinoma renal.

Discusión: Las metástasis del adenocarcinoma renal típicamente aparecen tras un largo periodo libre de enfermedad después de la nefrectomía, con una media de 8 años (rango 6-12 años), generalmente de forma aislada, si bien hasta en un 12% de los casos aparecen encuadradas dentro de la enfermedad metastásica diseminada. Clínicamente pueden ser asintomáticas o presentarse con síntomas similares a los tumores primarios pancreáticos, lo que dificulta su diagnóstico. El TC y la RNM muestran lesiones hipervasculares, al igual que los tumores neuroendocrinos, mientras que los adenocarcinomas suelen ser hipovasculares. La PAAF guiada por ecografía, TC o ecoendoscopia puede contribuir al diagnóstico, si bien muchos autores realizan este tras la exéresis quirúrgica de la pieza debido al riesgo de sangrado. En ausencia de enfermedad metastásica diseminada, la

resección de las metástasis pancreáticas del carcinoma renal ha demostrado ser el tratamiento más efectivo, alcanzando supervivencias de 29-88% a los 5 años. Las técnicas quirúrgicas incluyen la duodenopancreatectomía cefálica estándar, la pancreatectomía distal o total, y las resecciones atípicas, dependiendo de la localización del tumor, con el objetivo de conseguir una resección óptima con márgenes libres y preservando la mayor cantidad de parénquima posible. En casos como el nuestro, con antecedente de metástasis en otras localizaciones, la indicación de cirugía podría ser discutida. Sin embargo, numerosos artículos sugieren que las resecciones previas de metástasis por adenocarcinoma renal en otros órganos no deberían descartar un tratamiento agresivo, una vez confirmado que se trata del único órgano de recidiva de enfermedad.