



P-274 - METÁSTASIS PANCREÁTICA DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES: NUESTRA EXPERIENCIA

J.G. García Schiever, A. Colas Vicente, L.E. Giménez Alvira, P. Ramírez Rodríguez-Bermejo, B. Laiz Díez, N. Farhangmehr Setayeshi, L. de Gregorio Muñiz, K. Cuiñas Leon, A. García Pavia, J.L. Lucena de la Poza y V. Sánchez Turrión

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Objetivos: Entre el 20-30% de los pacientes sometidos a nefrectomía radical por carcinoma renal sin extensión regional pueden presentar recidiva de la enfermedad. El páncreas es un sitio poco frecuente de aparición de metástasis, pudiendo desarrollarse tiempo después de la nefrectomía. Presentamos tres casos operados en nuestro servicio.

Métodos: Caso 1: varón de 54 años diagnosticado de carcinoma renal y carcinoma en cabeza de páncreas. Se realiza nefrectomía izquierda y duodenopancreatetectomía cefálica con gastrectomía subtotal y vaguemotomía troncular. Caso 2: varón de 64 años intervenido de nefrectomía izquierda por hipernefroma 7 años antes, diagnosticado durante el seguimiento de masa pancreática a nivel de cuerpo de páncreas. Se realiza pancreatectomía corporo-caudal con preservación esplénica. Caso 3: varón de 69 años intervenido de nefrectomía izquierda 12 años antes por carcinoma renal, presenta durante el seguimiento molestias epigástricas, siendo diagnosticado de masa pancreática a nivel de cabeza-proceso uncinado de páncreas compatible con tumor neuroendocrino vs metástasis. Se realiza duodenopancreatetectomía cefálica.

Resultados: Caso 1: postoperatorio satisfactorio con alta al 16º día postoperatorio. Anatomía patológica: carcinoma de células claras con metástasis submucosa en coléodo retropancreático. Caso 2: postoperatorio satisfactorio con alta al 11º día postoperatorio. Anatomía patológica: carcinoma de células renales compatible con metástasis. Caso 3: postoperatorio satisfactorio con alta al 8º día postoperatorio. Anatomía patológica: carcinoma de células claras compatible con metástasis.

Conclusiones: La metástasis en páncreas de tumores primarios en otras localizaciones son raras (suponen menos del 5% de los tumores malignos del páncreas). El origen más frecuente es el carcinoma de células renales (67,9%). Otros orígenes son el cáncer de pulmón, melanoma, cáncer de mama, colorrectal y sarcoma. A menudo el diagnóstico se realiza de forma casual, durante el seguimiento de la neoplasia primaria, siendo más infrecuente el debut sintomático con ictericia obstructiva (25,2%), dolor abdominal (19,7%), sangrado gastrointestinal, pérdida de peso, pancreatitis, diabetes... La aparición de síntomas está relacionada en muchas ocasiones con el tamaño tumoral (por encima de 45 mm pueden ocasionar síntomas, por debajo de 25 mm habitualmente son asintomáticos). La localización más frecuente es la cabeza del páncreas. Es característico del carcinoma de células renales el largo período libre de enfermedad, habiéndose descrito casos de aparición de metástasis hasta 30 años después de la nefrectomía. La supervivencia está íntimamente ligada a la existencia de síntomas al diagnóstico, la forma de presentación del tumor primario y la histología del mismo (tienen mejor pronóstico las metástasis de hipernefroma). El diagnóstico se realiza a través de

pruebas de imagen. El PET-TC es útil para el diagnóstico de metástasis no sospechadas en otras localizaciones. El diagnóstico histológico para discernir entre tumor pancreático primario o metástasis no es imprescindible. El tratamiento quirúrgico tiene lugar cuando el tumor primario está controlado, el páncreas es el único sitio con metástasis y no existe invasión vascular. Éste aumenta la supervivencia. La cirugía dependerá de la localización del tumor. La quimioterapia, la radioterapia y la terapia hormonal son poco efectivas. La supervivencia oscila entre el 43 y el 88% a los 5 años.