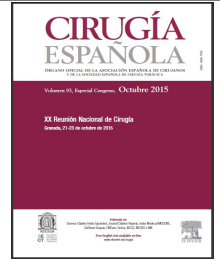




# Cirugía Española



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

## P-255 - Metástasis Pancreáticas. Una localización inusual

Bengoechea Trujillo, Ander; Roldán Ortiz, Susana; Fornell Ariza, Mercedes; Pérez Gomar, Daniel; Pacheco García, José Manuel; Castro Santiago, María Jesús; Fernández Serrano, José Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

### Resumen

**Introducción:** Las metástasis pancreáticas son infrecuentes y causadas por varios tumores primarios, siendo excepcional la presencia de metástasis aislada.

**Casos clínicos:** Caso clínico 1: varón de 51 años, fumador 30 paquetes/año y bebedor ocasional, DM e HTA. Ingresa por malestar general e ictericia con coluria y febrícula de 4 días de evolución, con náuseas sin otra sintomatología. En exploración destaca ictericia cutaneomucosa y abdomen doloroso de forma difusa. Hemograma: Hb 14,7 g/dl, 25.000 leucocitos, N 60%, bilirrubina total 5,8 mg/dL a expensas de B. conjugada. CEA 28,76 ?g/ml, Ca 19,9 213,3 U/ml. TC abdominal: lesión de 2,9 × 2,4 cm en cabeza pancreática que determina dilatación de vía biliar intra y extrahepática. Lesión suprarrenal bilateral con compresión de VCI. Trombosis incompleta de VCI, iliaca y femoral bilateral. Trombosis V. esplénica. CPRE: En segunda porción duodenal, área ampular modificada por masa ulcerada que estenosa la luz e impide acceso a vía biliar, se toma biopsia. A. patológica: metástasis de adenocarcinoma pulmonar. Tc tórax: LII lesiones nodulares de hasta 4 mm y LSI lesión nodular de 16 × 8 mm. El paciente tiene evolución tórpida durante su ingreso hasta exitus. Caso 2: mujer de 56 años, HTA, intervenida en 2009 de nefrectomía izquierda por tumor renal de células claras T3N0M0. Remitida desde Urología por hallazgo en Tc abdominal de seguimiento lesión tumoral en hilio esplénico de 40,2 × 46,4 mm en contacto con cola de páncreas y tres lesiones nodulares a nivel de cuerpo pancreático, la mayor de 15,4 mm. Hallazgos compatibles con metástasis pancreática. Se decide intervención, esplenectomía más pancreatectomía corporocaudal. A. patológica informa de metástasis de carcinoma renal en cola de páncreas de 3 cm. Actualmente, en seguimiento sin recidiva.

**Discusión:** Las metástasis pancreáticas son poco frecuentes y difíciles de diferenciar de un tumor primario pancreático, corresponden entre el 2 y el 4,5% de las neoplasias pancreáticas, y menos del 2% son metástasis solitarias. Aparecen en relación a enfermedad tumoral ampliamente diseminada y los órganos que más frecuentemente metastatizan en páncreas son colon, pulmón, riñón (4%), piel (melanoma), ovario y mama. En cáncer de pulmón el subtipo histológico que con más frecuencia metastatiza en páncreas es el adenocarcinoma. Y en cáncer de células renales lo más frecuente es de forma tardía, como en nuestra paciente. La mayor parte son asintomáticas con diagnóstico incidental durante el seguimiento del paciente oncológico, como en caso clínico 2. En otras ocasiones, la clínica que provocan como ictericia obstructiva, sangrado intestinal, pancreatitis aguda, dolor abdominal... son motivo de diagnóstico de neoplasia primaria desconocida en estadio avanzada, como en caso clínico 1. La localización más frecuente es en cabeza pancreática (41%), lesión única y grande. El intervalo de tiempo entre el diagnóstico del tumor primario y su metástasis pancreática depende del tipo histológico de la neoplasia primaria. Los intervalos más largos de

hasta 24 años se asocian a cáncer de riñón, en nuestro caso es a 3 años. Supervivencia media tras aparición de metástasis pancreática es de 8 meses.