



# Cirugía Española



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

## P-244 - METÁSTASIS ÓSEAS AISLADAS, DISEMINACIÓN INUSUAL DEL ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS

*Marín Ortega, Héctor; Larrea Oleaga, Jasone; Fernández Gómez-Cruzado, Laura; Saa Álvarez, Raúl; Uriarte González, Javier; Larzábal Arechabala, Andoni; Santidrián Martínez, José Ignacio; Colina Alonso, Alberto*

*Hospital de Cruces, Barakaldo.*

### Resumen

**Introducción:** El hígado, el lecho quirúrgico y la cavidad peritoneal suponen las localizaciones más frecuentes de recidiva del adenocarcinoma pancreático tras cirugía con intención curativa. En estos casos, la QT suele ser el tratamiento de elección. No obstante, en ocasiones se dan patrones de diseminación atípicos que pueden tener relevancia a la hora de optimizar el soporte paliativo que estos pacientes necesitan. Presentamos un caso de recidiva del adenocarcinoma pancreático en forma de metástasis óseas aisladas.

**Caso clínico:** Varón de 72 años intervenido de duodenopancreatectomía cefálica hace 11 meses por adenocarcinoma de cabeza de páncreas pT3N1 (resección R0). Postoperatorio complicado con desarrollo de fístula pancreática no dirigida que obliga a reintervención con desmontaje de la pancreatoyeyunostomía y exclusión del páncreas remanente, y hematoma hepático espontáneo que obliga a embolización y drenaje percutáneo de colecciones sobreinfectadas en lecho hepático en varias ocasiones. Posteriormente fístula biliar resuelta tras colocación de drenaje transparietohepático. Debido a estas complicaciones el paciente no recibe QT adyuvante. Consulta a los 10 meses por deterioro del estado general, fiebre y dolor lumbar y sacro. Se solicita TAC abdominopélvico que objetiva múltiples lesiones hipodensas hepáticas sugestivas de abscesos en contexto de colangitis ascendente y lesiones líticas confluentes en sacro y ambas alas ilíacas, con fractura-aplastamiento de S1. Se practica biopsia ecoguiada de las lesiones hepáticas (AP: material purulento) y óseas (AP: metástasis de adenocarcinoma). Dado el contexto clínico el paciente no es subsidiario de QT, decidiéndose instaurar tratamiento dirigido a los síntomas, con aplicación de RT (8 Gy en dosis única) sobre las lesiones óseas y administración de ácido zoledrónico, logrando un buen control del dolor lumbar y sacro.

**Discusión:** La diseminación en forma de metástasis óseas del adenocarcinoma pancreático es sumamente infrecuente (incidencia aproximada 2%), siendo todavía más rara su presentación de forma aislada, sin metástasis a otros niveles. Cuando aparecen, la columna lumbar parece ser la localización más frecuente. En muchas ocasiones son asintomáticas, pero pueden presentarse como dolor lumbar sordo de gran intensidad cuando se asocian a fractura-aplastamiento vertebral. En el contexto de la enfermedad metastásica el tratamiento es fundamentalmente paliativo, administrándose QT en los enfermos médicamente aptos (Folfirinox en los pacientes con buena función hepática y buen "Performance Status", regímenes basados en la gemcitabina en el resto), y tratamiento específico dirigido a los síntomas. En el caso de las metástasis óseas los síntomas suelen ser refractarios a la QT, pero pueden mejorar significativamente con la administración de RT y de bisfosfonatos (siendo el más empleado el ácido zoledrónico, de administración intravenosa mensual), fármacos que inhiben el recambio óseo y que podrían limitar la progresión de dichas lesiones, que en estos pacientes pueden ser la principal causa de dolor. La diseminación del adenocarcinoma

pancreático en forma de metástasis óseas es un fenómeno infrecuente, pero que presenta características clínicas peculiares que es importante conocer para poder ofrecer una buena paliación a estos pacientes. En este sentido los tratamientos más efectivos son la administración regular de bisfosfonatos y de RT sobre las lesiones más sintomáticas.