



P-236 - MANEJO DE LAS METÁSTASIS PANCREÁTICAS DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS

Rumenova Smilevska, Rumyana; Martínez Insfran, Luis; Fernández Mancilla, Carlos; Rodríguez Cazalla, Lorena; Bernabeu Herraiz, Cristina; Madrid Baños, Beatriz; Aparicio Navarro, Javier; Compañ Rosique, Antonio

Hospital Universitario del S.V.S. de San Juan, San Juan de Alicante.

Resumen

Introducción: Las metástasis pancreáticas son excepcionales y suponen del 2 al 5% de los tumores pancreáticos. De los primarios que metastatizan en el páncreas, el carcinoma renal es el más frecuente, seguido por el cáncer colorrectal, el melanoma, el cáncer de mama y de pulmón, y los sarcomas. Presentamos un caso de metástasis pancreática de carcinoma renal de células claras y revisión de la literatura.

Caso clínico: Paciente mujer de 47 años, con antecedentes de migraña, fumadora de 12 paquetes-año, apendicectomía y nefrectomía derecha por carcinoma de células claras renal derecho pT2aN0 (0/5)M0. A los 2 años y medio tras la nefrectomía, en ecografía de control se visualiza páncreas de tamaño y morfología normal con lesión hipoeoica redondeada de $1,1 \times 1,3$ cm en cara anterior al cuello. El estudio se completa con RMN que identifica una lesión focal bien definida, de $13,4 \times 14,8 \times 13,4$ mm, hipointensa en T1, hiperintensa en T2, que muestra captación de contraste progresivo de inicio en la fase arterial, localizada en el margen anterior del cuello pancreático, compatible con recaída renal o tumor neuroendocrino pancreático; y TAC toraco-abomino-pélvico que no objetiva otras metástasis a distancia. Se realiza ecoendoscopia con PAAF que confirma el origen renal de la lesión secundaria. Se realiza resección pancreática local y la paciente es dada de alta al quinto día postoperatorio sin presentar complicaciones. La anatomía patológica describe que la resección incluye un nódulo bien delimitado de 16 mm, compatible con metástasis de carcinoma renal conocido: RCC+, CK18+, vimentina+, CD10+, CK7-,CK20-. La paciente actualmente está en seguimiento, asintomática y no se han detectado recurrencias un año tras la resección.

Discusión: Las metástasis pancreáticas de origen renal pueden ser sincrónicas o metacrónicas. Un 85% de las lesiones aparecen en los 3 primeros años tras la cirugía del primario, habiéndose descrito casos de metástasis pancreáticas hasta 30 años después de la nefrectomía. Son asintomáticos en 55% y se diagnostican en el seguimiento o como hallazgo en pruebas de imagen solicitadas por otra causa. Se visualizan lesiones hipervasculares, bien definidas, lo que conlleva a hacer un diagnóstico diferencial con tumores neuroendocrinos. La ecoendoscopia con PAAF es la técnica de elección para el estudio. Se recomienda realizar PET/TC para descartar multicentricidad pancreática y otras localizaciones secundarias. En caso de enfermedad resecable, el tratamiento es quirúrgico. El tipo de resección pancreática (local, duodenopancreatectomía cefálica, pancreatectomía distal o total) depende de la localización y el número de metástasis, con objetivo de obtener margen de resección y conservar la máxima cantidad de parénquima pancreático. Se han descrito casos de tratamiento con radiofrecuencia y crioterapia con buenos resultados. Ningún tratamiento adyuvante ha demostrado efectividad en las metástasis de carcinoma renal. La supervivencia publicada a los 3, 5 y 10 años es de 72%, 63% y 32% respectivamente y la supervivencia libre

de enfermedad a los 5 años de 43%. En conclusión, es crucial destacar la importancia de un seguimiento a muy largo plazo de los pacientes con carcinoma renal. La piedra angular del tratamiento en caso de metástasis pancreáticas es la resección pancreática que ha demostrado aumentar significativamente la supervivencia.