



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

## P-242 - METÁSTASIS PANCREÁTICA TARDÍA DE CÁNCER RENAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Arana de la Torre, María; Fernández Gómez Cruzado, Laura; Santidrián, José Ignacio; Gutiérrez, Oihane; Calle, Miguel; Oleagoitia, Jesús; Colina, Alberto

Hospital de Cruces, Barakaldo.

### Resumen

**Introducción:** El cáncer renal se caracteriza por poder metastatizar tardíamente. La metástasis pancreática como presentación exclusiva es extremadamente infrecuente. El 2-4,5% de los tumores pancreáticos son metástasis pancreáticas y esa cifra aumenta al 42% si el paciente ha sido diagnosticado previamente de una neoplasia.

**Casos clínicos:** Caso clínico 1. Mujer 69 años, nefrectomía izquierda por hipernefroma en 1999 (pT3a Nx M0). Recidiva intervenida en 2000. En abril de 2013 diagnóstico de metástasis. TAC: 3 lesiones en cabeza, 1 en cuerpo, 2 en cola pancreática. Ecoendoscopia: 2 lesiones en cuerpo y unión cuerpo-cola de 9 y 18 mm. AP: metástasis de carcinoma de células claras de probable origen renal. Intervención quirúrgica (24/05/13). Hallazgos: tumor en cuerpo. Adenopatías peripancreáticas y en arteria hepática. Técnica: duodenopancreatectomía total, esplenectomía. AP: páncreas: múltiples carcinomas de célula clara, compatible con origen renal, 0,5-2 cm, infiltran parénquima pancreático y grasa peripancreática. Adenopatías sin infiltración. Bordes quirúrgicos libres. Evolución favorable. Tras 22 meses múltiples nódulos pulmonares compatibles con metástasis, falleciendo 6 meses después. Caso clínico 2. Varón 63 años, nefrectomía en 1990 por hipernefroma (T2N0M0V0). RMN (octubre 2012): en cola pancreática lesiones de 2,3 y 1,7 cm compatibles con tumores neuroendocrinos. Intervención quirúrgica (11/12/2012). Hallazgos: 2 tumores en cola pancreática de 2 cm. Técnica: pancreatectomía corporo-caudal, esplenectomía. AP: metástasis de células renales claras en cara anterior (2,2 cm) y posterior (1,7 cm) de cola pancreática. Bordes libres. Buena evolución postoperatoria. Sin datos de recidiva tras 25 años.

**Discusión:** Un 25% de los pacientes con cáncer renal presentan metástasis en el momento del diagnóstico, y otro 25% de forma tardía, localizándose en pulmón, huesos, cerebro, hígado, y 1-2,8% en páncreas. Las metástasis pancreáticas pueden aparecer de forma sincrónica (15%), pero lo normal es que aparezcan tardíamente (3 meses-24 años), vía hematogena o linfática. La clínica dependerá de su localización. Un 20% permanecen asintomáticos, diagnosticándose en controles rutinarios. La metástasis puede localizarse en cabeza pancreática (41%), puede ser multifocal (22%) o difusa (15%) y suele ser única y grande. Ante una lesión única solitaria en páncreas se tiende a pensar más en tumor primario, lo que conlleva alta tasa de diagnósticos erróneos. En TAC y RMN se presentan como lesiones muy vascularizadas, de gran tamaño con márgenes bien definidos sin infiltración retroperitoneal, ganglionar o vascular. La multifocalidad o afectación tumoral difusa es más frecuente en las metástasis que en los primarios. El PET es muy útil para descartar enfermedad extrapancreática. Las metástasis pueden confundirse con tumores neuroendocrinos. El diagnóstico diferencial postoperatorio puede plantearse con tumor primario pancreático de células claras,

pero las metástasis de cáncer renal presentan inmunorreacción positiva al gp200, CK7, vimentina y negativa al CEA, CK20, kras, totalmente contraria a la del tumor primario. El tratamiento de elección ante una metástasis solitaria sin extensión extrapancreática es la resección. Ningún tratamiento adyuvante es efectivo. Las supervivencias tras resección oscilan entre 12 meses-6 años. Un largo intervalo libre de enfermedad, no producir síntomas, no ser multifocal y presentar necrosis extensa son factores pronósticos positivos.