

Metástasis pancreática múltiple tardía por carcinoma renal

Late Multiple Pancreatic metastases From Renal Cell Carcinoma

Paula León Medina, José Vicente Armas Molina, José Luis Artiles-Hernández

Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

INTRODUCCIÓN

El carcinoma renal de células claras (CCR) se caracteriza por un comportamiento impredecible que justifica un seguimiento prolongado de los pacientes que permita un diagnóstico precoz de las recidivas. Por otra parte, las metástasis pancreáticas (MP) de cualquier foco primario son eventos raros que suponen, en algunas series publicadas, entre el 2-5% de los tumores de la glándula. Las neoplasias primarias que más frecuentemente metastatizan en ella son las de pulmón, mama, colon y riñón.

La afinidad del CCR por el páncreas ha sido descrita en diversos estudios con una incidencia entre 1-2,8%¹.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 70 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial y nefrectomía radical izquierda efectuada en 2004 por CCR de grado 2, según la clasificación de Fuhrman, de 8 cm, que invade vena renal y respeta pelvis y tejido adiposo perirrenal y del seno (pT3aN0M0). Permanece libre de enfermedad y asintomático hasta control radiológico 12 años después del diagnóstico cuando, mediante tomografía axial computarizada (TAC), se objetivan múltiples lesiones nodulares hipervasculares pancreáticas

con un diámetro máximo de 25 mm, asociadas a dilatación del conducto de Wirsung y a numerosas adenopatías peripancreáticas, inter-aórticas-cava y para-aórticas sugestivas de metástasis ganglionares (Figuras 1 y 2).



Figura 1. Imagen de nódulos pancreáticos en TAC

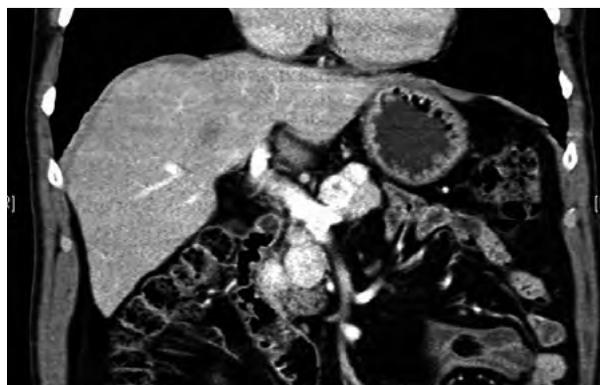


Figura 2. Nódulos pancreáticos en corte coronal de TAC

Recibido en diciembre de 2016 - Aceptado en diciembre de 2016
Conflictos de interés: ninguno

Correspondencia
Email: paula.leon.medina@gmail.com

Received on December 2016 - Accepted on December 2016
Conflicts of interest: none

Se realiza un mes después del diagnóstico radiológico una duodenopancreatectomía total y esplenectomía, cursando el posoperatorio sin incidencias. El estudio anatomopatológico revela 9 nódulos en cabeza, cuerpo y cola de páncreas compatibles con metástasis de CCR con diámetros entre 1,5-2,5 cm y un total de 3 ganglios metastásicos de los 18 resecaados. Tras un año de la intervención quirúrgica, el paciente se encuentra asintomático y sin evidencia de recidiva. No se realiza tratamiento adyuvante.

DISCUSIÓN

Tal y como se ha especificado anteriormente, la MP por CCR es una entidad poco frecuente que suele presentarse de forma metacrónica al tumor primario con un período de latencia que oscila entre los 3 meses y los 32 años. La edad media de aparición se sitúa en la séptima década de vida y los pacientes resultan ser, generalmente, asintomáticos; no obstante, la clínica que produzca dicha entidad dependerá de la localización, siendo similar a la de los tumores primarios: ictericia obstructiva, dolor abdominal, síndrome constitucional, hemorragia gastrointestinal, etc.

Suele presentarse como metástasis únicas, describiéndose la multifocalidad, como en el caso referido, en un rango de incidencia entre 20-40%².

La MP debe sospecharse en cualquier paciente con lesión pancreática de nueva aparición con antecedente de CCR; la TAC mostrará una lesión hipervascularizada con realce en fase arterial temprana diferenciándose, de este modo, del adenocarcinoma pancreático primario que se visualiza como una lesión hipovascularizada. No obstante, esta característica no resulta patognomónica ya que ha de plantearse el diagnóstico diferencial con tumor neuroendocrino³. Otras pruebas de imagen, tales como la resonancia magnética nuclear (RMN) o la tomografía por emisión de positrones (*positron emission tomography*, PET), se encuentran aún en desarrollo para la patología en cuestión.

Dada la dificultad mencionada para el establecimiento de un correcto diagnóstico diferencial, algunos autores describen la realización de una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) para esclarecer la decisión terapéutica final; no obstante, la toma de biopsia resulta ser una opción controvertida debido al alto riesgo de sangrado.

No existe evidencia que determine si el mecanismo de diseminación es por vía linfática o hemática. Asimismo, no se ha establecido la relación entre el lado de la lesión primaria (riñón derecho o izquierdo) y la MP.

En la serie descrita recientemente por Benhaim y colaboradores (n=20), el 65% de los pacientes evaluados presentaba MP única y en el 35% restante se objetivaron lesiones múltiples, describiéndose en la confirmación histológica un grado alto (grado 3 en el 55%), según la clasificación de Fuhrman, donde la invasión linfática peripancreática resulta poco frecuente⁴.

Aquellos pacientes con enfermedad metastásica confinada únicamente al páncreas, cuando la neoplasia primaria se encuentra bajo control, resultan buenos candidatos a cirugía radical, siempre que la comorbilidad asociada lo permita. El tratamiento quirúrgico mejorará la sobrevida y la calidad de vida, especialmente en aquellos pacientes con un tiempo libre de enfermedad mayor a 2 años. La técnica quirúrgica dependerá de la localización y la multiplicidad de las lesiones, intentado en todo momento la obtención de márgenes quirúrgicos libres con preservación de las funciones tanto exocrina como endocrina de la glándula⁴. No existe evidencia que recomiende la disección ganglionar radical dado que la literatura indica, tal y como se ha mencionado, que la afectación ganglionar en este tipo de metástasis se puede considerar rara⁵.

Las terapias diana (sunitinib, pazopanib, bevacizumab, etc.) han demostrado eficacia en MP de CCR no extirpables al diagnóstico con una mejora en la sobrevida global y en la reducción del tamaño de la masa con vistas a una posterior resección quirúrgica. Al día de hoy no se ha demostrado su utilidad como adyuvancia tras la cirugía; no obstante, es necesaria la realización de nuevos estudios que aumenten la solidez de la evidencia existente en la actualidad³.

Pese al desfavorable pronóstico de la enfermedad metastásica del CCR en otras localizaciones, resultan sorprendentes los datos que se han obtenido en las series publicadas con pacientes afectados con MP para quienes la sobrevida a los 5 años tras resección quirúrgica varía entre el 57-88%; sin embargo, en aquellos pacientes que no reciben tratamiento la misma desciende hasta el 13%, lo que parece permitir recomendar, siempre que sea factible, una actitud agresiva como primera opción terapéutica.

En la actualidad, tal y como se especifica en las guías clínicas de la Asociación Europea de Urología (European Association of Urology, EAU), no existe evidencia científica sólida que avale la cirugía como tratamiento de elección en el caso de las MP por CCR, pero, siempre que el estado basal del paciente lo permita, ha de ofrecerse como primera opción terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Fentes DA, Blanco Parra M, Toucedo Caamaño V, Lema Grille J, Cimadevila García A, Villar Núñez M. [Atypical sites of metastatic renal carcinoma. Literature review] [Artículo en español]. *Actas Urol Esp*. 2005 Jul-Aug; 29 (7): 621-30.
2. Hoshino Y, Shinozaki H, Kimura Y, Masugi Y, Ito H, Terauchi T, y cols. Pancreatic metastases from renal cell carcinoma: a case report and literature review of the clinical and radiological characteristics. *World J Surg Oncol*. 2013 Nov 9; 11: 289.
3. Ballarin R, Spaggiari M, Cautero N, De Ruvo N, Montalti R, Longo C, y cols. Pancreatic metastases from renal cell carcinoma: the state of the art. *World J Gastroenterol*. 2011 Nov 21; 17 (43): 4747-56.
4. Benhaim R, Oussoultzoglou E, Saeedi Y, Mouracade P, Bachellier R, Lang H. Pancreatic metastasis from clear cell renal cell carcinoma: outcome of an aggressive approach. *Urology*. 2015 Jan; 85 (1): 135-40.
5. Markinez I, Jiménez R, Ruiz I, Villarreal E, Lizarazu A, Borda N, y cols. [Pancreatic metastases due to renal carcinoma. Our cases and a literature review] [Artículo en español]. *Cir Esp*. 2013 Feb; 91 (2): 90-5.
6. Ljungberg B, Cowan NC, Hanbury DC. EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma 2016. Disponible en: <http://uroweb.org>