

Cirujano General

Volumen **26**
Volume

Número **2**
Number

Abril-Junio **2004**
April-June

Artículo:

Metástasis pancreática que se presenta 10 años después de nefrectomía por cáncer renal

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

Metástasis pancreática que se presenta 10 años después de nefrectomía por cáncer renal

Pancreatic metastasis presenting 10 years after nephrectomy due to renal cancer

Dr. José Carlos Montero y Mota, Dr. Jaime Macedo Ramírez, Dr. Teodoro González Díaz

Resumen

Objetivo: Informar el caso de un paciente que presentó una metástasis de páncreas, secundaria a un adenocarcinoma renal tratado 10 años antes.

Sede: Hospital de tercer nivel.

Descripción del caso: Se trató de un hombre de 88 años de edad que tenía el antecedente de nefrectomía izquierda hace 10 años por adenocarcinoma renal de células claras. Se presenta a su revisión anual asintomático con un ultrasonido que muestra una imagen hipoeoica de bordes lisos bien definidos en la cola del páncreas. Se le practicó pancreatografía dinámica donde se identificó una imagen nodular de 2.7 cm en la cola del páncreas, el resto de la glándula y de la cavidad abdominal sin alteraciones. Se intervino quirúrgicamente efectuándose pancreatectomía distal y esplenectomía. Diagnóstico histopatológico: Metástasis de adenocarcinoma de células claras con permeación a vasos linfáticos. Bazo sin alteraciones.

Abstract

Objective: To inform the case of a patient with a pancreatic metastasis, secondary to a kidney adenocarcinoma treated 10 years before.

Setting: Third level health care hospital.

Description of the case: A man of 88 years of age who had the antecedent of a left nephrectomy performed 10 years before due to a renal adenocarcinoma of clear cells. He come to his annual check-up without symptoms and the ultrasound reveals a hypoechoic image of smooth well-defined borders at the tail of the pancreas. He was subjected to a dynamic pancreatography, which identified a nodular image of 2.7 cm in the tail of the pancreas: the remainder of the gland and the abdominal cavity depicted no alterations. He was subjected to surgery, performing a distal pancreatectomy and splenectomy. Histopathological diagnosis: Metastasis of clear cells adenocarcinoma permeating to lymphatic vessels. Spleen without alterations.

Palabras clave: Riñón, páncreas, carcinoma, metástasis.
Cir Gen 2004;26: 125-127

Key words: Kidney, pancreas, adenocarcinoma, metastasis.
Cir Gen 2004;26: 125-127

Introducción

Las metástasis de adenocarcinoma renal a páncreas son poco frecuentes.¹⁻⁵ El tiempo promedio entre la nefrectomía y la aparición de metástasis, según los diferentes informes, puede exceder 10 años;⁶ por lo tanto el diagnóstico puede pasar por alto en pacientes que tienen un período de varios años libres de enfermedad.⁷ Únicamente se han publicado 66 casos en la literatura mundial de pacientes diagnosticados clínicamente de metástasis solitaria de adenocarcinoma renal en el páncreas, y 49 de estos pacientes recibieron tratamiento definitivo por medio de resección quirúrgica.⁴ El trata-

miento quirúrgico agresivo para metástasis solitarias, cuando sea posible, parece ser el tratamiento más efectivo ya que se informa de sobrevivencia hasta de 88 meses.^{2,5,8,9}

El objetivo de esta comunicación es informar el caso de un paciente con metástasis pancreática solitaria, diez años después de nefrectomía por cáncer renal.

Descripción del caso

Hombre de 88 años de edad con el antecedente de nefrectomía izquierda hace 10 años por un adenocarcinoma de células claras. Se presentó a su revisión anual

Servicio de Cirugía y Urología del Hospital Ángeles del Pedregal, México, D.F.

Recibido para publicación: 11 de marzo de 2003.

Aceptado para publicación: 20 de agosto de 2003.

*Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.

Correspondencia: Dr. José Carlos Montero y Mota. Hospital Ángeles del Pedregal. Torre de Consultorio 725. Periférico Sur 3697. Colonia Héroes de Padierna. 10700. México, D.F.

Teléfonos: 5652-8576 5568-2248 Fax: 5568-7847.

E-mail: jcmontero77@hotmail.com

asintomático, con un ultrasonido que mostró una imagen hipoeoica en la cola del páncreas, por lo que se le solicitó tomografía computada del abdomen que reveló un nódulo de 2.7 cm, de bordes bien definidos en la cola del páncreas (**Figura 1**). El resto del órgano fue de características normales. En el retroperitoneo no se observaron crecimientos ganglionares. Las radiografías de tórax no mostraron imágenes sugestivas de metástasis. El calcio sérico fue de 6.20 u/ml (0-37u/ml). El resto de las pruebas de laboratorio, el gammagrama óseo y las pruebas de funcionamiento hepático se encontraron dentro de límites normales. Se intervino quirúrgicamente, llevándose a cabo pancreatomectomía distal y esplenectomía, previa exploración de la cavidad abdominal, la cual resultó negativa. La descripción macroscópica de la pieza quirúrgica reveló una formación alargada de tejido que midió 5x4x2 cm, con peso 50 g, de consistencia blanda. Al corte se identificó un nódulo que midió 2.2x1.7 cm, de color gris amarillento, con zonas de aspecto hemorrágico, con áreas de apariencia necrótica. El resto de parénquima del páncreas fue de color grisáceo (**Figura 2**). La descripción microscópica informó que: en las secciones

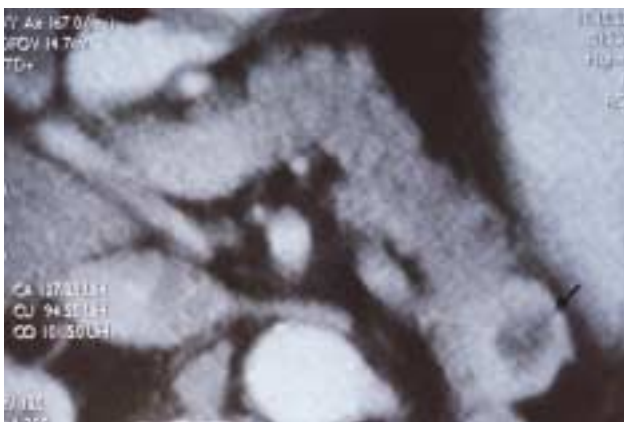


Fig. 1. Tomografía computada del abdomen que muestra un nódulo de 2.7 cm, de bordes bien definidos en la cola del páncreas.

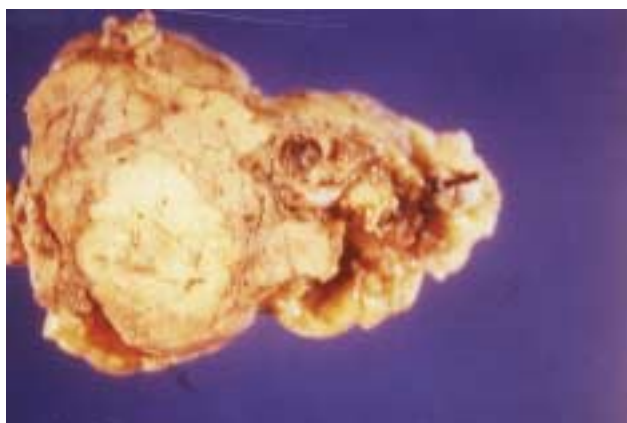


Fig. 2. Formación alargada de tejido pancreático, que mide 5x4x2 cm, donde se observa un nódulo que mide 2.2x1.7 cm.

estudiadas se identificó un nódulo constituido por células epiteliales de citoplasma abundante, claro, con hipercromatismo nuclear, figuras anormales de mitosis, zonas de necrosis y permeación a vasos linfáticos (**Figura 3**). Diagnóstico: Metástasis de adenocarcinoma de células claras, permeación a vasos linfáticos. Bazo sin alteraciones.

Discusión

El páncreas es un sitio poco común de metástasis de adenocarcinoma renal.¹⁻⁴ Los tumores primarios que con más frecuencia producen metástasis solitarias en el páncreas son los de colon, mama, pulmón y riñón.^{5,8} El adenocarcinoma renal es, hoy en día, del tumor primario que con mayor frecuencia produce metástasis solitarias en el páncreas. La forma de presentación incluye: dolor abdominal, pérdida de peso, hemorragia de tubo digestivo, anemia e ictericia. Menos frecuentemente, estos tumores secundarios se descubren incidentalmente durante una revisión⁴⁻⁶ como en nuestro paciente; el diagnóstico se hizo en un inicio por medio de ultrasonido, corroborando el hallazgo con una pancreatografía dinámica. El tratamiento quirúrgico agresivo de metástasis solitarias, resecando el tumor con márgenes adecuados, ha logrado sobrevividas hasta de 88 meses, siendo el promedio de 48.² En el caso de nuestro paciente se llevó a cabo pancreatomectomía distal y esplenectomía 23 meses atrás sin complicaciones, a la fecha de este informe no había datos de actividad tumoral y su calidad de vida era excelente. La pancreatomectomía distal se puede realizar con un riesgo bajo de mortalidad, pero la fístula pancreática es una causa común de morbilidad, ocurriendo hasta en un 23% de los pacientes operados por malignidad.^{1,2,4,6,7,9} Otras causas de morbilidad son absceso intra-abdominal, neumonía, embolia pulmonar, infección de la herida e insuficiencia renal.

Conclusión

Se recomienda el tratamiento quirúrgico agresivo para las metástasis solitarias del páncreas, secundarias a car-

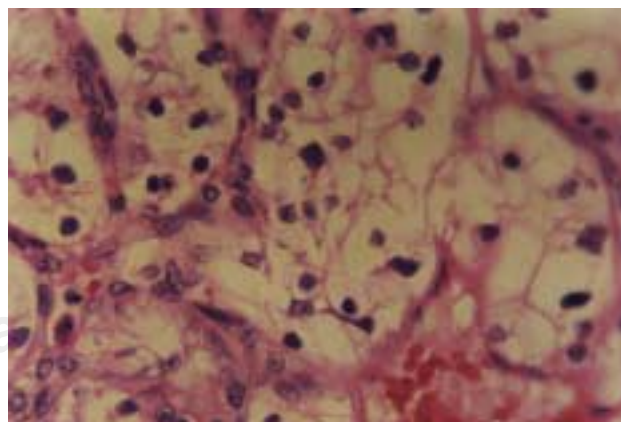


Fig. 3. Nódulo constituido por células epiteliales de citoplasma abundante claro, con hipercromatismo nuclear, figuras anormales de mitosis, que corresponden a un adenocarcinoma de células claras.

cinoma renal. Se recomienda el seguimiento a largo plazo de los pacientes intervenidos por un carcinoma renal.

Referencias

1. Faure JP, Tuech JJ, Richer JP, Pessaux P, Arnaud JP, Carretier M. Pancreatic metastasis of renal cell carcinoma: presentation, treatment and survival. *J Urol* 2001; 165: 20-2.
2. Tuech JJ, Pessaux P, Chautard D, Rouge C, Binelli C, Bergamaschi R, et al. Results of duodenopancreatectomy for solitary pancreatic metastasis from renal cell carcinoma. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 1999; 6: 396-8.
3. Jingu K, Watanabe K, Yamamoto H, Fujita Y, Honda I, Watanabe S, et al. Surgical treatment of a solitary pancreatic metastasis from renal cell carcinoma: report of a case. *Surg Today* 1998; 28: 91-4.
4. Hirota T, Tomida T, Iwasa M, Takahashi K, Kaneda M, Tamaki H. Solitary pancreatic metastasis occurring eight years after nephrectomy for renal cell carcinoma. A case report and surgical review. *Int J Pancreatol* 1996; 19: 145-53.
5. Hashimoto M, Watanabe G, Matsuda M, Dohi T, Tsurumaru M. Management of the pancreatic metastases from renal cell carcinoma: report of four resected cases. *Hepatogastroenterology* 1998; 45: 1150-4.
6. Fabre JM, Rouanet P, Dagues F, Blanc F, Baumel H, Domerque J. Various features and surgical approach of solitary pancreatic metastasis from renal cell carcinoma. *Eur J Surg Oncol* 1995; 21: 683-6.
7. Barras JP, Baer H, Stenzl A, Czerniak A. Isolated late metastasis of a renal cell cancer treated by radical distal pancreatectomy. *HPB Surg* 1996; 10: 51-3; discussion 53-4.
8. Mehta N, Volpe C, Haley T, Balos L, Bradley EL 3rd, Doerr RJ. Pancreaticoduodenectomy for metastatic renal cell carcinoma: report of a case. *Surg Today* 2000; 30: 94-7.
9. Eriguchi N, Aoyagi S, Hara M, Miyazaki T, Hashino K, Imamura I, et al. A resected case of pancreatic metastasis from primary renal cell carcinoma. *Kurume Med J* 1999; 46: 119-22.