

## **RESECCIONES PANCREATICAS POR METASTASIS DE CANCER RENAL**

**Autores: Ocampo\* C., Zandalazini\*\* H., Kohan\*\* G., Oría\*\*\* A.**

**\*: Jefe de Unidad , \*\*: Médicos de Planta , \*\*\*: Jefe de Servicio. Servicio de Cirugía del Hospital C. Argerich.**

Las metástasis en páncreas son tumores infrecuentes, representan el 2% de las neoplasias pancreáticas y en general se presentan en etapa terminal de la enfermedad sin posibilidad de tratamiento quirúrgico (3). Las metástasis en páncreas del cáncer renal, sin embargo, por su lento crecimiento y biología favorable constituyen un subgrupo especial con alta reseccabilidad (85%) y adecuada sobrevida post resección. En los últimos años se han publicado más de 100 casos de resecciones pancreáticas por metástasis de cáncer renal con sobrevida a los 5 años que oscilan entre el 50 al 75 % (1-3,5).

El objetivo de este trabajo es presentar dos casos clínicos de resección pancreática por cáncer renal y revisar la bibliografía.

### **Presentación de casos**

#### **Caso 1**

Se trata de un paciente masculino de 55 años que consulta por la detección de tumor en cola de páncreas en controles oncológicos posterior a la resección de cáncer renal. Como antecedente presenta nefrectomía derecha en el año 1995 por cáncer de células claras. En el año 2000 se realizó lobectomía parcial izquierda por metástasis del cáncer renal. Actualmente asintomático presenta como hallazgo dos imágenes en cola de páncreas en la Tomografía Axial Computada (TAC) de control oncológico. Las lesiones son redondeadas e hiperdensas con la inyección del contraste. El resto de la TAC de abdomen, la TAC de tórax y el centellograma óseo fueron normales. No presentó alteraciones en el laboratorio. Con diagnóstico de metástasis de cáncer renal se realizó esplenopancreatectomía sin eventualidades (Fig. 1 A y B). No requirió transfusiones y el tiempo operatorio fue de 130 minutos. Como única complicación postoperatoria presentó fístula pancreática por el drenaje abdominal de bajo débito con cierre espontáneo a los 21 días de la cirugía. El tiempo de internación fue de 7 días. El informe de anatomía patológica fue metástasis de adenocarcinoma de células claras renal con márgenes y ganglios negativos. En la actualidad, luego de 6 meses de cirugía permanece asintomático y sin evidencias de recurrencias.

#### **Caso 2**

Un hombre de 45 años concurre a la consulta por presentar dolor abdominal intenso. Presenta como antecedente de importancia Hipertensión arterial y diabetes tipo II controladas con medicación oral. En el año 2000 nefrectomía derecha por cáncer renal. Se realizó ecografía y TAC de abdomen para

evaluar dolor abdominal donde se visualiza masa sólida en cabeza de 4 cm. de diámetro mayor, con realce con el contraste endovenoso. Presenta ligera dilatación del conducto de Wirsung, sin otro hallazgo patológico en la TAC. Con diagnóstico de probable metástasis de cáncer renal o tumor neuroendocrino no funcionante se realizó tratamiento quirúrgico. En la laparotomía exploradora se evidencia masa sólida en cabeza de páncreas sin otro hallazgo patológico. Se realizó duodenopancreatectomía cefálica. Reconstrucción mediante pancreaticoyeyunoanastomosis ductomucosa con tutor abandonado. No requirió transfusiones y el tiempo operatorio fue de 260 minutos. El informe de anatomía patológica fue metástasis de adenocarcinoma de células claras renal con márgenes y ganglios negativos. No presentó complicaciones en el postoperatorio y fue dado de alta al 8 día postoperatorio. En la actualidad, luego de 5 meses de cirugía esta asintomático y sin evidencia de recurrencia.

## **DISCUSION**

Datos clínicos y de autopsia indican que una gran variedad de tumores primarios no linfáticos pueden metastatizar en el páncreas. Los tumores de pulmón, mama, riñón, tracto gastrointestinal, tiroides, melanoma, carcinoma hepatocelular y osteosarcoma son los tumores que con mayor frecuencia metastatizan en páncreas. Las metástasis en páncreas de melanoma, mama y pulmón son particularmente frecuentes en hallazgos de autopsia como focos microscópicos difusos (3). En el escenario clínico, sin embargo, las metástasis en páncreas por cáncer renal son las metástasis mas comúnmente resecaadas. Se estima que aproximadamente 10% de los pacientes con cáncer renal presentan metástasis única pasible de tratamiento quirúrgico (9).

Un aspecto interesante de las metástasis de cáncer renal en páncreas es el prolongado intervalo entre la resección del tumor primario y la aparición de las metástasis. El tiempo promedio en varias series entre la nefrectomía y la aparición de las metástasis fue de 10 años, con rangos entre 1 y 27 años (6,7,9). En la serie de la Clínica Mayo el tiempo promedio fue de 9,7 años y en el 39% de los pacientes este tiempo fue superior a los 10 años (4). En nuestros casos los periodos fueron de 10 y 5 años. Aproximadamente 77% de los casos las lesiones del páncreas son metacrónicas y en el 22% de los casos son sincrónicas (8).

La mayoría de los pacientes no presentan síntomas y las metástasis son detectadas como hallazgos en controles radiológicos. Los pocos pacientes que presentan síntomas lo hacen con ictericia o dolor abdominal. En los métodos por imágenes y en especial en la TAC (Tomografía Axial Computada) presentan un aspecto característico. El aspecto tomográfico refleja la anatomía del tumor y su particular irrigación, en la mayoría de los casos aparece como lesiones sólidas, redondeadas e hiperdensas. La rica vascularización de las metástasis hace que se comporten en la TAC dinámica como tumores hiperdenso en la fase arterial. Las lesiones pequeñas presentan una

distribución uniforme del contraste, mientras que las más grandes por fenómenos de isquemia interna o necrosis aparecen en la TAC con zonas hipodensas centrales (5,10). Este aspecto hiperdenso en la TAC dinámica sirve para diferenciarlo del adenocarcinoma de páncreas que se presenta hipodenso en relación al parénquima circundante. El particular comportamiento en la TAC dinámica es similar a otro tumor hipervascularizado del páncreas como es el tumor neuroendocrino. Hasta un 30% de los pacientes puede presentar metástasis múltiples (2).

Una masa sólida pancreática, con comportamiento hipervascular en la TAC dinámica, en un paciente con nefrectomía previa por cáncer renal debe hacer sospechar el diagnóstico de metástasis. Si la lesión es la única manifestación de la enfermedad el tratamiento debe ser quirúrgico. Se debe realizar resecciones convencionales de acuerdo a la localización, duodenopancreatectomía en lesiones ubicadas a la derecha de la vena mesentérica superior y pancreatectomía izquierda en lesiones localizadas a la izquierda. En lesiones múltiples se debe realizar duodenopancreatectomía total. Las resecciones atípicas como la enucleación o la resección de la cabeza del páncreas con preservación duodenal están desaconsejadas. En la serie de Bassi (1) hubo 5 recurrencias en 17 pacientes reseçados (29,4%). Las recurrencias locales fueron más frecuentes en la resecciones atípicas (3 de 6) que en las resecciones regladas (2 de 11) (p 0,04). La disección radical de los ganglios linfáticos no es necesaria ya que en la mayoría de las series los ganglios son negativos.

Las cifras de sobrevida luego de la resección por metástasis de cáncer renal en páncreas son alentadoras y oscilan a los 5 años entre el 35 al 75% (1-4). En la serie de Bassi (1) la sobrevida a los 5 años de los pacientes reseçados fue de 53%, esta cifra es significativamente superior a los 25% de sobrevida a los 5 años que tuvieron los pacientes con metástasis no reseçados (p=0.004). En la serie del Johns Hopkins la sobrevida a los 5 años de 10 pacientes reseçados fue de 75% (6). Algunos investigadores sugieren que los pacientes con metástasis metacrónicas tienen mejor pronóstico que los pacientes con metástasis sincrónicas (3,4). La presencia de un largo intervalo entre la nefrectomía y la resección de la metástasis y la presencia de una lesión única también se han mencionado como factores pronósticos favorables (7,8). El antecedente de resección de metástasis previa en otro órgano no afecta la sobrevida y no debe ser considerada como una contraindicación de resección de la metástasis en páncreas cuando este es el único órgano afectado (1).

Una masa sólida pancreática, con comportamiento hipervascular en la TAC dinámica, en un paciente con nefrectomía previa por cáncer renal debe hacer sospechar el diagnóstico de metástasis. Aún después de 10 años de la nefrectomía el páncreas puede ser asiento de metástasis. Cuando el páncreas es el único órgano afectado, el tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Las cifras de sobrevida reportadas en la literatura son alentadoras y superan a las del adenocarcinoma

ductal. En centros de alto volumen donde la morbimortalidad de las pancreatectomías son bajas, el tratamiento quirúrgico de las metástasis en páncreas de cáncer renal es la opción más adecuada para lograr una sobrevida prolongada.

### **Leyendas**

Figura 1 A: Imágen tomográfica que muestra dos imágenes nodulares sólidas hipercaptantes en el cuerpo de páncreas. La flecha señala la cicatriz central característica de la metástasis por cáncer renal.

Figura 1 B: Pieza operatoria de la esplenopancreatectomía en donde se visualiza los dos nódulos en cuerpo de páncreas que correspondieron a metástasis de cáncer renal

Figura 2 A: Imagen topográfica que muestra una masa sólida hipercaptante en cabeza de páncreas (flechas).

Figura 2 B: Pieza operatoria de la duodenopancreatectomía que muestra la masa en cabeza que correspondió a metástasis de cáncer renal

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Bassi C., Butturini G., Falconi M., Sargenti M., Mantovani W. and Pederzoli P. High recurrence rate after atypical resection for pancreatic metastases from renal cell carcinoma. *Br. J. Surg* 2003; 90: 555–559
2. Butturini G, Bassi C, Falconi M, Salvia R, Caldiron E, Iannucci A *et al.* Surgical treatment of pancreatic metastases from renal cell carcinomas. *Dig Surg* 1998; 15: 241–246.
3. Faure Jean-Pierre, Tuech Jean-Jacques, Richer Jean-Pierre, Pessaux Patrick, Arnaud Jean-Pierre and Carretier Michel. Pancreatic metastasis of renal cell carcinoma: Presentation, treatment and survival. *J. Urol.* 2001; 165: 20-22
4. Ghavamian R., Klein K., Stephens D., Welch, T., LeRoy A., Richardson R., Burch P., Zincke H. Renal Cell Carcinoma Metastatic to the Pancreas: Clinical and Radiological Features. *Mayo Clin. Proc.* 2000; 75: 581-585
5. Klein KA, Stephens DH, Welch TJ. CT characteristics of metastatic disease of the pancreas. *Radiographics* 1998; 18: 369–378
6. Sohn T., Yeo C., Cameron J., Nakeeb A., Lillemoe K. Renal Cell Carcinoma Metastatic to the Pancreas: Results of Surgical Management. *J. Gastrintest Surg.* 2001; 5: 346-349.
7. Sperti C., Pasquali C., Liessi G., Pinciroli C., Giandomenico D., Pedrazzoli S., Pancreatic Resection for Metastatic Tumors to the Pancreas. *J. Surg. Oncol.* 2003; 83: 161–166
8. Stankard CE, Karl RC. The treatment of isolated pancreatic metastases from renal cell carcinoma: a surgical review. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 1658–1660.
9. Thompson LDR, Heffess CS. Renal cell carcinoma to the pancreas in surgical pathology material. *Cancer* 2000; 89: 1076–1088.
10. Wentz Moritz N., Kleeff J., Esposito I., Hartel M., Muller M., Fronhlich M, Buchler M., and Friess H. Renal Cancer Cell Metastasis Into the Pancreas A Single-Center Experience and Overview of the Literature. *Pancreas* 2005; 30: 218-222.