

# Metástasis pancreática de sarcoma pleomórfico indiferenciado. Una entidad extremadamente rara

*Pancreatic metastasis from undifferentiated pleomorphic sarcoma. An extremely rare entity*

Ester Alonso-Batanero<sup>1\*</sup>, Lorena Solar-García<sup>1</sup>, Patricia Morales-del Burgo<sup>2</sup> y Alberto Miyar-de León<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sección Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo; <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

## Resumen

El sarcoma pleomórfico indiferenciado (SPI) es un tumor maligno muy agresivo que se origina en el hueso o tejidos blandos, siendo su localización más frecuente en las extremidades. Presentamos el caso de un varón de 71 años que a los dos años de seguimiento tras cirugía de exéresis de un SPI presenta una metástasis única de origen sarcomatoide a nivel del páncreas que se trató mediante duodenopancreatectomía cefálica. Las metástasis sarcomatoides a nivel de páncreas son extremadamente raras. La cirugía de exéresis de la metástasis es la única alternativa terapéutica que ha reportado beneficio en cuanto la supervivencia de estos pacientes.

**Palabras clave:** Sarcoma de partes blandas. Metástasis. Duodenopancreatectomía. Páncreas.

## Abstract

Undifferentiated pleomorphic sarcoma (UPS) is a very aggressive malignant tumor that originates in bone or soft tissues, being its most frequent location in the extremities. We present the case of a 71-year-old man who, two years of follow-up after a lower right limb UPS excision surgery, presented a single metastasis of sarcomatoid origin in the pancreas that was treated by cephalic pancreaticoduodenectomy. Sarcomatoid metastases to the pancreas are extremely rare. Resection of the metastasis is the only therapeutic alternative that has reported benefit in terms of the survival of these patients.

**Keywords:** Soft tissue sarcoma. Metastasis. Pancreatoduodenectomy. Pancreas.

## Introducción

El sarcoma pleomórfico indiferenciado (SPI), también conocido como histiocitoma fibroso maligno, es el sarcoma de partes blandas más frecuente en adultos. Su incidencia aproximada es de 1 por cada 100,000 individuos<sup>1</sup>.

Más frecuente en el sexo masculino, entre la sexta y séptima década de vida. Se localiza con mayor frecuencia en las extremidades inferiores<sup>1</sup>. La recidiva es predominantemente local. El pulmón es la localización más frecuente de diseminación a distancia, siendo las metástasis pancreáticas extremadamente raras<sup>1</sup>.

### \*Correspondencia:

Ester Alonso-Batanero

E-mail: estherab91@gmail.com

0009-7411/© 2021 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 09-07-2021

Fecha de aceptación: 12-10-2021

DOI: 10.24875/CIRU.21000717

Cir Cir. 2024;92(1):128-130

Contents available at PubMed

[www.cirugiacirujanos.com](http://www.cirugiacirujanos.com)

Solo un 2% de los tumores que se localizan a nivel de la glándula pancreática son metástasis y su presentación más común es en el contexto de una enfermedad ya diseminada a otros órganos<sup>2,3</sup>. El cáncer que con mayor frecuencia produce metástasis, generalmente únicas, localizadas a nivel pancreático es el renal, seguido del colorrectal, melanoma, cáncer de mama, carcinoma pulmonar y sarcoma<sup>2,3</sup>.

El beneficio de la resección pancreática en estos pacientes vendrá determinado por el origen del primario y sus características histopatológicas<sup>2</sup>.

Hasta un 50% se presentan sin síntomas y se diagnostican en el seguimiento del tumor primario<sup>2</sup>. Su morfología y características radiológicas varían según su histología. La tomografía por emisión de positrones puede ser de utilidad para descartar metástasis a otros niveles<sup>2</sup>.

### Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 71 años sometido a una exéresis musculoesquelética amplia por un SPI localizado en el tercio superior del muslo derecho. Se realizó tratamiento adyuvante con radioterapia (66 Gy) y quimioterapia (ifosfamida y doxorubicina). La anatomía patológica del espécimen quirúrgico reveló un SPI de 13 x 11 x 6.8 cm con márgenes quirúrgicos libres. Por su grado de diferenciación, recuento mitótico y necrosis tumoral fue clasificado como un grado 3 (estadio IIIb) (AJCC 8.ª edición)<sup>4</sup>.

A los dos años de la cirugía se diagnostica mediante tomografía computarizada toraco-abdomino-pélvico de una masa heterogénea de 50 x 47 mm en la encrucijada duodenopancreática sin dilatación de la vía biliar ni del conducto de Wirsung (Fig. 1). Una biopsia percutánea orienta a un origen sarcomatoide de la masa, por lo que se decide realizar una duodenopancreatectomía cefálica (Figs. 2 y 3). El diagnóstico anatomo-patológico confirma una metástasis de SPI de 5 x 4,5 x 4,2 cm originada en el proceso uncinado pancreático, bordes libres de tumor y adenopatías negativas (Fig. 4). El paciente presentó una buena evolución postoperatoria, sin complicaciones. En el seguimiento al año permanece asintomático y sin signos de recidiva.

### Discusión

Las metástasis pancreáticas de origen sarcomatoide son extremadamente raras<sup>2</sup>. La mayoría de lo publicado a este respecto son series de casos y casos clínicos aislados, habiendo solo encontrado en la literatura tres casos de metástasis pancreáticas únicas de SPI<sup>1,3,5</sup> tras la reclasificación de la *World Health Organization* en 2002<sup>6</sup>. La cirugía de resección radical es el

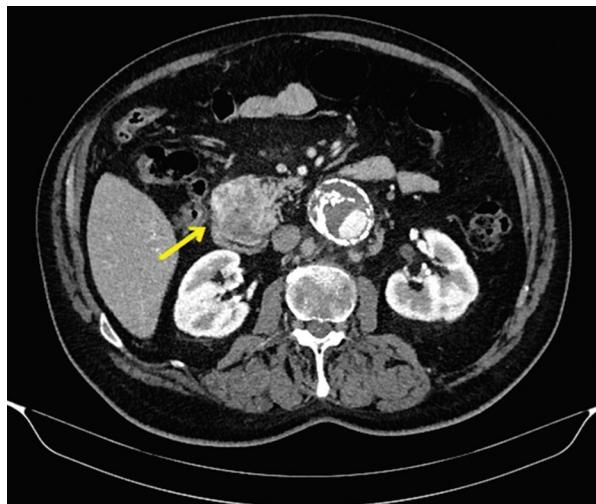


Figura 1. Corte axial de tomografía abdominal: masa sólida y heterogénea de 50 x 47 mm en la encrucijada duodenopancreática.

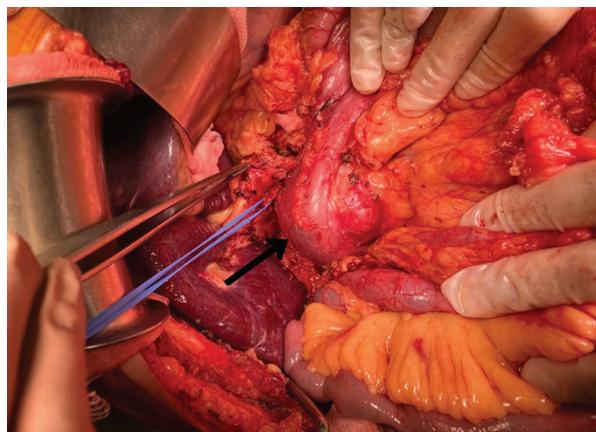


Figura 2. Imagen intraoperatoria donde se observa masa única en cabeza-cuerpo uncinado pancreático y compresión duodenal.

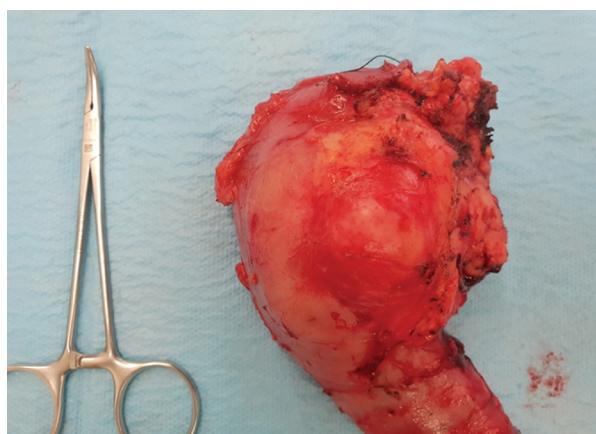
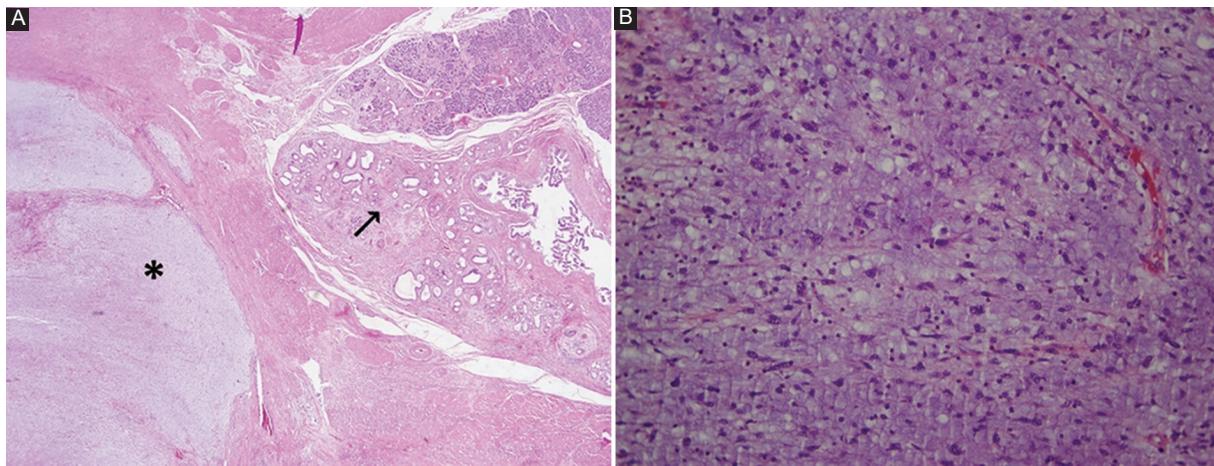


Figura 3. Pieza quirúrgica tras duodenopancreatectomía cefálica con preservación pilórica.

único tratamiento potencialmente curativo y que conlleva un aumento del periodo libre de enfermedad<sup>1,2</sup>, no existiendo consenso en cuanto al beneficio de la



**Figura 4.** Anatomía patológica con tinción hematoxilina-eosina: A: relación del tumor (asterisco) con tejido pancreático sano (flecha) (X2). B: células tumorales atípicas fusiformes (X20).

quimioterapia o radioterapia complementaria para este tipo de tumores<sup>1</sup>.

Las resecciones atípicas pancreáticas o enucleaciones aumentan el riesgo de recidiva local y además tienen un porcentaje muy elevado de fistulas pancreáticas, por lo que se recomienda realizar una pancreatectomía estandarizada<sup>2,7,8</sup>. Se recomienda realizar esta cirugía en hospitales especializados en cirugía pancreática y con un número elevado de procedimientos<sup>2</sup>.

El pronóstico de estos pacientes dependerá de la agresividad del primario, siendo las de origen renal las que mejor pronóstico presentan<sup>9</sup>. La recurrencia local es frecuente.

La ausencia de estudios prospectivos y metaanálisis sobre metástasis únicas pancreáticas de origen sarcomatoide no nos permiten conocer con exactitud el pronóstico y supervivencia de estos pacientes.

## Conclusiones

Las series publicadas sobre resecciones de metástasis pancreáticas son cortas, aunque sus autores refieren un prolongado intervalo libre de enfermedad en muchos de los pacientes. Por lo que, aunque el tratamiento debe ser individualizado, se recomienda la cirugía siempre que sea posible<sup>2,3,10</sup>.

## Financiamiento

Los autores declaran que no ha habido ningún tipo de subvención ni financiamiento para la realización de este artículo.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran que ninguno está sujeto a ningún conflicto de intereses de ningún tipo.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Bibliografía

1. Ohsawa M, Mikuriya Y, Ohta K, Tanada M, Yamamoto N, Teramoto N, et al. Rare pancreatic metastasis of undifferentiated pleomorphic sarcoma originating from the pelvis: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2020;68:140-4.
2. Sperti C, Moletta L, Patanè G. Metastatic tumors to the pancreas: The role of surgery. *World J Gastrointest Oncol.* 2014;6(10):381-92.
3. Lee M, Song JS, Hong SM, Jang SJ, Kim J, Song KB, et al. Sarcoma metastasis to the pancreas: experience at a single institution. *J Pathol Transl Med.* 2020;54(3):220-7.
4. Amin MB, Edge S, Greene F, Byrd DR, Brookland RK, Washington MK, et al. (editores). *AJCC Cancer Staging Manual.* 8<sup>th</sup> ed. Cham, Suiza: Springer International Publishing; 2017.
5. Chamale JB, Bruno M, Mandojana F, José L, Armando L, Alejandro D. Malignant fibrous histiocytoma in the right portion of the mandible with metastasis to pancreas. *Int J Surg Case Rep.* 2017;41:71-5.
6. Fletcher CDM, Bridge JA, Hogendoorn PCW, Mertens F. *WHO Classification of tumours of soft tissue and bone.* 4<sup>th</sup> ed. Lyon: IARC Press; 2013.
7. Bassi C, Butturini G, Falconi M, Sargentini M, Mantovani W, Pederzoli P. High recurrence rate after atypical resection for pancreatic metastases from renal cell carcinoma. *Br J Surg.* 2003;90:555-9.
8. Adler H, Redmond CE, Heneghan HM, Swan N, Maguire D, Traynor O, et al. Pancreatectomy for metastatic disease: A systematic review. *Eur J Surg Oncol.* 2014;40:379-86.
9. Di Franco G, Gianandi D, Palmeri M, Furbetta N, Guadagni S, Bianchini M, et al. Pancreatic resections for metastases: A twenty-year experience from a tertiary care center. *Eur J Surg Oncol.* 2020;46(5):825-31.
10. Yamamoto H, Watanabe K, Nagata M, Honda I, Watanabe S, Soda H, et al. Surgical treatment for pancreatic metastasis from soft-tissue sarcoma: report of two cases. *Am J Clin Oncol.* 2001;24(2):198-200.