

Hemorragia digestiva alta como forma de presentación de carcinoma renal metastásico

Manuel López, Javier Rebollo, Ana Cristina Utrillas, Antonio Minguillón, Magin González, José María del Val, Perla Borao, José Ángel Muniesa, Pedro López, Alberto Cruces y Manuel Sanz

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General de Teruel Obispo Polanco. Teruel. España.

Resumen

Una de las características del hipernefroma es su gran potencial metastásico, con el consiguiente desarrollo de metástasis en el pulmón, cerebro, hueso y, con menor frecuencia, en piel, páncreas, esófago y estómago, entre otras localizaciones. La aparición de estas metástasis suele ser tardía y, en caso de localizarse en el estómago, como el paciente que presentamos, la hemorragia digestiva alta puede ser el primer signo de alerta.

Palabras clave: Hemorragia digestiva alta. Hipernefroma.

UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING AS THE FIRST MANIFESTATION OF METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA

One of the characteristics of renal cell carcinoma is its great metastatic potential, with development of metastases in organs such as lung, brain, and bone, and less frequently in skin, pancreas, esophagus and stomach, among other locations. Metastases usually appear late and when localized in the stomach, as in the patient described herein, upper gastrointestinal bleeding can be the first warning sign.

Key words: Upper gastrointestinal bleeding. Renal cell carcinoma.

Introducción

El carcinoma renal se caracteriza por la falta de signos clínicos precoces, lo que implica que una alta proporción de pacientes ya presentan metástasis en el momento del diagnóstico. Se origina en la corteza renal y representa el 2-3% de todos los cánceres y el 80-85% de los tumores renales malignos. El análisis de amplias series demuestra que el 50% de los pacientes presenta tumores en estadios iniciales I y II en el momento del diagnóstico. La supervivencia a los 5 años de los pacientes con estadio I se acerca al 85%.

Las metástasis gástricas son muy poco frecuentes y, en general, se trata de hallazgos casuales en series necróscopicas. Los tumores que con mayor frecuencia desarrollan metástasis en el estómago son el melanoma maligno, el cáncer de pulmón y el cáncer de mama; los casos cuyo origen es un tumor renal son muy poco frecuentes. Presentamos el caso de un paciente que presentó una hemorragia digestiva alta secundaria a una metástasis gástrica de un carcinoma renal.

Correspondencia: Dr. M. López Bañeres.
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.
Hospital General de Teruel Obispo Polanco.
Avda. Ruiz Jarabo, 5. 44002 Teruel. España.
Correo electrónico: baneres@arrakis.es

Manuscrito recibido el 25-3-2003 y aceptado el 28-8-2003.

Caso clínico

Paciente varón de 84 años de edad con antecedentes de intervención de hernia discal hace 15 años, nefrectomía derecha hace 12 años por hipernefroma (carcinoma renal de células claras que infiltra la cápsula sin alcanzar la grasa, hilio renal libre de tumor, sin afección de los ganglios linfáticos) y hemorragia digestiva alta por úlcera duodenal durante el curso postoperatorio, bocio endocrítico normofuncionante, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, coledoclitiasis, anemia en tratamiento con ferroterapia oral y pérdida de 6 kg de peso en los últimos 2 meses. Acudió al servicio de urgencias por presentar dolor intenso en el epigastrio de 5 días de evolución, acompañado de numerosas deposiciones melénicas, sin náuseas ni vómitos. Se practicó una fibrogastroscoopia en la que se observó una tumoración gástrica localizada en la curvatura menor de cuerpo gástrico pero sin signos de hemorragia en el momento de la exploración. El estudio histológico de las biopsias no permitió establecer diagnóstico alguno. La analítica preoperatoria demostró anemia normocítica; el resto de los parámetros fueron normales. Se realizó una tomografía computarizada (TC) toracoabdominal en la que se apreció una lesión de 4 x 2 cm en la curvatura menor gástrica, sin imágenes expansivas (fig. 1), una imagen pulmonar subpleural en la base derecha compatible con granuloma, y una imagen de hiperplasia suprarrenal izquierda. Se practicó una gastrectomía subtotal y reconstrucción de Billroth II. En la pieza de resección se halló una tumoración mamelonada de 4 cm de tamaño en la curvatura menor (fig. 2). El estudio anatomopatológico del espécimen reveló metástasis gástrica de un carcinoma renal, de grado nuclear 2, sin afección ganglionar. La evolución postoperatoria fue favorable y el paciente fue dado de alta a los 8 días de la intervención.

Durante el seguimiento clínico y, a los 10 meses de la intervención, el paciente refirió cervicalgia con impotencia funcional rebelde al tratamiento con corticoides y analgésicos. Se realizó TC cervical y torácica, que puso de manifiesto múltiples lesiones líticas en columna cervical, localizadas en el pedículo derecho de C3, cuerpo de C4, C5 y C6, así como asimetría del canal cervical, gran bocio multinodular a expensas

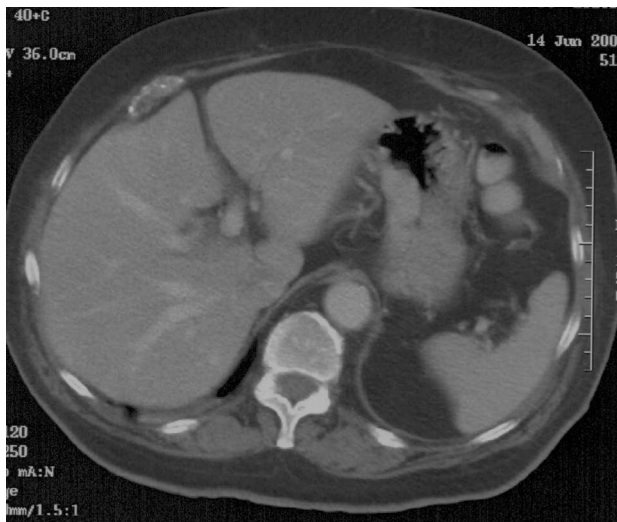


Fig. 1. Tomografía axial toracoabdominal en la que se aprecia una lesión de 4 x 2 cm en la curvatura menor gástrica sin imágenes expansivas (flecha).



Fig. 2. Especimen de resección gástrica que muestra una tumora- ción de 4 cm en la curvatura menor, de aspecto mamelonado.

del lóbulo derecho y trombosis de la vena yugular interna derecha en su tercio inferior, probablemente secundaria a compresión, con neovas- cularización en la musculatura paravertebral derecha.

El paciente presentó un paulatino deterioro del estado general y pér- dida de fuerza y masa muscular, especialmente en las extremidades in- feriores. Tres meses después desarrolló un episodio de mareo, suda- ción profusa y coma progresivo de instauración rápida (< 15 s). La exploración neurológica reveló una pupila miótica y ausencia de foca- lidad, aunque posteriormente presentó parada cardiorrespiratoria no re- versible.

Discusión

El carcinoma renal representa el 2-3% de todos los cánceres^{1,2} y es responsable del 80-85% de los tumores renales malignos¹. Es 2 veces más frecuente en varones que en mujeres, sin diferencias según las razas en Esta- dos Unidos. Suele aparecer en pacientes mayores de 40 años, y predomina en la séptima y octava décadas de la vida¹.

Se han descrito algunos factores implicados en su apa- rición, como el consumo de tabaco, hipertensión arterial y su tratamiento, obesidad, especialmente en mujeres, exposición ocupacional a derivados del petróleo, metales pesados o asbestos. El riesgo también se encuentra in- crementado en pacientes con enfermedad quística renal adquirida e insuficiencia renal crónica, así como en la es- clerosis tuberosa¹.

Este tipo de tumores no presenta un patrón hereditario definido, si bien los familiares de pacientes con carcino- ma renal tienen un riesgo 4 veces mayor de presentar di- cha enfermedad.

El tratamiento de elección es la nefrectomía radical^{1,3}, si bien se han realizado nefrectomías parciales en pa- cientes con tumores bilaterales, monorrenos o con enfer- medades asociadas, como hipertensión o diabetes melli- tus, con buenos resultados desde el punto de vista de la recidiva local. Esta última opción técnica estaría también indicada en pacientes con lesiones polares pequeñas (< 4 cm) y riñón contralateral normal^{1,4}.

El análisis de amplias series demuestra que el 30% de los pacientes presenta tumores en estadio IV (enferme- dad metastásica) en el momento del diagnóstico, si bien son más frecuentes los casos en estadios iniciales (50% estadios I y II). La supervivencia a los 5 años de los pa- cientes en estadio I se aproxima al 85% y en torno al 0-10% para los pacientes con estadio IV¹.

Aproximadamente un tercio de los pacientes con tu- mores localizados desarrollan recidivas tras la nefrectomía radical. Las recidivas locales son poco frecuentes (5%), mientras que las metástasis a distancia acontecen en el 50-60% de los pacientes que presentan recidivas, y son las metástasis pulmonares las más frecuentes^{1,3}.

El carcinoma renal posee un gran potencial metastá- sico, pudiendo ocasionar metástasis en cualquier órgano². Las metástasis gástricas son excepcionales y aún es más infrecuente que ocasionen sintomatología^{2,3,5}. La po- sibilidad de un patrón de crecimiento lento en este tumor podría ser una explicación para los casos de metástasis solitarias que se diagnostican incluso 20 años tras la ne- frectomía⁶. En este sentido, Saitoh sugiere que las me- tástasis en el pulmón o en los ganglios linfáticos se pro- ducen de forma directa, sin pasos intermedios, a partir de las células tumorales de la lesión primaria, mientras que las metástasis en el páncreas, el corazón o el intesti- no, entre otros, son procesos en cascada o metástasis de metástasis⁷. La consecuencia clínica de esta conducta metastásica es la posibilidad de infraestadificar tumores renales con metástasis inusuales (estómago, vesícula, ti- roides, etc.)². De ahí que exista cierta controversia en cuanto al seguimiento a largo plazo de este tipo de tu- mores, sobre todo cuando se trata de pacientes inicialmente en estadios I y II.

Las metástasis gástricas en pacientes vivos son poco frecuentes⁸, con una incidencia menor del 1-2%^{3,6}, y se descubren con más frecuencia en series necróscopicas. Por su parte, la aparición de metástasis tardías es muy infrecuente. Picchio et al⁶ encuentran 5 casos de metás- tasis gástricas que acontecieron entre 4 y 14 años tras la cirugía. Otros autores han descrito metástasis duode- nales 8 y 9 años tras la nefrectomía⁹. Sin embargo, la in- cidencia real de metástasis en pacientes vivos es difícil

de evaluar, sobre todo cuando acontecen en órganos "silentes", como el estómago, donde suelen pasar inadvertidas hasta que originan cuadros hemorrágicos. Lo mismo ocurre con metástasis en otros órganos que son relativamente frecuentes en series necroscópicas y excepcionales en la clínica, como es el caso de metástasis cerebrales o tiroideas².

La primera descripción de un paciente vivo diagnosticado de una metástasis gástrica de carcinoma renal corresponde a Sullivan et al, en 1980¹⁰. Generalmente se presentan como lesiones solitarias (65%) y se localizan en el tercio medio o superior del estómago⁸. La apariencia endoscópica asemeja un tumor submucoso en la mayoría de los casos, aunque en un 39% de los pacientes aparece como un tumor primario gástrico⁸. Las biopsias gástricas son diagnósticas en el 90% de los casos⁸.

En 6.380 autopsias de pacientes con tumores malignos sólidos se encontraron metástasis gástricas en el 5,4% de los casos, y los tumores primitivos más frecuentes fueron los de pulmón, mama y esófago. El tumor que metastatizó con más frecuencia en el estómago fue el melanoma maligno, con el 29,6% de los casos estudiados⁸.

La presencia de metástasis gástrica de un carcinoma renal, aunque infrecuente, debe ser sospechada en un paciente con antecedentes de este tumor que ingresa con síntomas gastrointestinales, especialmente en forma de hemorragia digestiva alta.

Bibliografía

1. Motzer RJ, Bander NH, Nanus DM. Renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 1996;335:865-74.
2. Pagano S, Franzoso F, Ruggeri P. Renal cell carcinoma metastases. Review of unusual clinical metastases, metastatic modes and patterns and comparison between clinical and autopsy metastatic series. *Scand J Urol Nephrol* 1996;30:165-72.
3. Herrera-Puerto J, Caballero-Gómez M, Márquez-Galán JL, Domínguez-Bravo C, Soler-Fernández JL, Cabello-Padial J, et al. Hipernefroma metastático de estómago. *Arch Esp de Urol* 1993;46:729-31.
4. Zucchi A, Mearini E, Constantini E, Vivacqua C, Porena M. Renal cell carcinoma: histological findings on surgical margins after nephron sparing surgery. *J Urol* 2003;169:905-8.
5. Mascarenhas B, Konety B, Rubin JT. Recurrent metastatic renal cell carcinoma presenting as a bleeding gastric ulcer after a complete response to high-dose interleukin-2 treatment. *Urology* 2001;57:168-9.
6. Picchio M, Paoletti A, Santini E, Iacoponi S, Cordahi M. Gastric metastasis from renal cell carcinoma fourteen years after radical nephrectomy. *Acta Chir Belg* 2000;100:228-30.
7. Saitoh H, Hida M, Nakamura K, Shimbo T, Shiramizu T, Satoh T. Metastatic processes and a potential indication of treatment for metastatic lesions of renal adenocarcinoma. *J Urol* 1982;128:916-8.
8. Oda I, Kondo H, Yamao T, Saito D, Ono H, Gotota T, et al. Metastatic tumors to the stomach: Analysis of 54 patients diagnosed at endoscopy and 347 autopsy cases. *Endoscopy* 2001;33:507-10.
9. Gastaca Mateo MA, Ortiz de Urbina López J, Díaz Aguirregoitia J, Martínez Fernández G, Campo Hiriart M, Echevarría García San Frechoso A. [Duodenal metastasis of renal cell adenocarcinoma.] *Rev Esp Enferm Dig* 1996;88:361-3.
10. Sullivan WG, Cabot EB, Robert E, Donohue MD. Metastatic renal cell carcinoma to stomach. *Urology* 1980;15:375.