

## Hemorragia digestiva como forma de presentación de hipernefoma diseminado con metástasis gástricas

S. Suárez-Ortega<sup>a</sup>, M.A. Limeres-González<sup>b</sup>, J.M. Rodríguez-Fernández<sup>a</sup>, J.C. Rivero<sup>a</sup>, P. Santamaría<sup>a</sup> y M. Hemmersbach<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

<sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

---

### RESUMEN

Una mujer de 70 años ingresó en nuestro hospital para evaluación de melenas y anemia. Tres meses antes, en relación con la detección de síndrome anémico, se le realizó una endoscopia digestiva alta, y se practicó exéresis de un pólipo gástrico pequeño. Durante su estancia hospitalaria se le realizaron diversos estudios, y la ecografía y la tomografía computarizada abdominal revelaron una gran masa sobre el polo superior de riñón derecho, con una biopsia compatible con carcinoma de células renales. Una nueva endoscopia digestiva alta reveló la presencia de pequeños pólipos gástricos y mucosa duodenal anacarada. En la colonoscopia se apreció una sigmoiditis inespecífica. La biopsia de la mucosa gástrica y de la masa abdominal mostró la presencia de células claras como expresión de carcinoma renal. Se comenta la rareza de las metástasis gástricas de carcinoma renal, así como su inicio como hemorragia digestiva.

### Palabras clave

Metástasis gástricas. Carcinoma renal. Hemorragia digestiva.

---

### Digestive bleeding as the clinical presentation of disseminated renal-cell cancer with gastric metastases

### ABSTRACT

A 70-year-old woman was admitted to our hospital for evaluation of melena and anemia. Three months previously, esophagogastroduodenoscopy was performed for suspected anemia, and a small gastric polyp was removed. During the patient's hospital stay several investigations were performed. Abdominal ultrasonography and abdominal computed tomography revealed a large mass on the superior pole of right kidney compatible with renal cell carcinoma. A further upper gastrointestinal endoscopy revealed the presence of several small gastric polyps and pearly duodenal mu-

cosa. Colonoscopy revealed non-specific sigmoiditis. Biopsy of the gastric mucosa and of the abdominal mass showed the presence of clear cells, as a manifestation of renal cell carcinoma. We discuss the rarity of gastric metastases from renal cell carcinoma and its clinical presentation with digestive bleeding.

### Key words

Gastric metastases. Renal cell carcinoma. Digestive bleeding.

---

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma renal se caracteriza por la falta de semiología precoz orientadora, lo que determina que sea diagnosticado en una proporción elevada de casos con diversas manifestaciones clínicas y en presencia de metástasis<sup>1</sup>. Por estas peculiaridades es por lo que ha recibido el nombre del tumor del internista<sup>2</sup>. Representa aproximadamente el 2-3% de todos los tumores. Se inicia con una hemorragia digestiva y su detección por metástasis gástricas se ha descrito muy ocasionalmente. Sólo hemos encontrado 8 publicaciones de metástasis gástricas de dicha neoplasia en una revisión bibliográfica (Medline 1960-2004), y todas ellas hacían alusión a casos aislados<sup>3-11</sup>. Grenn<sup>12</sup> hace una revisión de dicha enfermedad. Se presenta el caso de una paciente que ingresó por un sangrado digestivo, demostrándose en el curso hospitalario la presencia de cáncer renal con una amplia extensión local junto a diseminación metastásica, demostrada por biopsia en la mucosa gástrica.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 70 años, que es evaluada por primera vez en nuestro hospital por presentar melenas, por lo que se le practicó una endoscopia digestiva alta que reveló una hernia hiatal y un pequeño pólipo gástrico que fue resecado, tras lo cual fue remitida a su domicilio. En el pólipo extirpado no se encontraron células malignas. Durante los 3 meses posteriores hasta el ingreso presentó malestar general, molestias abdominales e incapacidad para mantener las actividades básicas de la vida diaria, a la

---

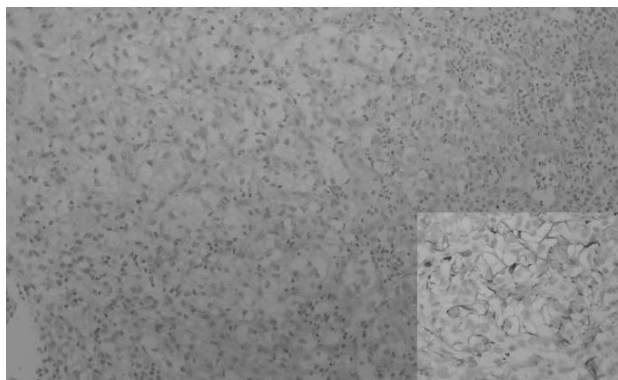
Correspondencia: Dr. S. Suárez-Ortega.  
Anatomía Patológica. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín.  
Barranco de la Ballena, s/n. 35010 Las Palmas de Gran Canaria. España.

Recibido el 27-02-04; aceptado el 10-03-04.

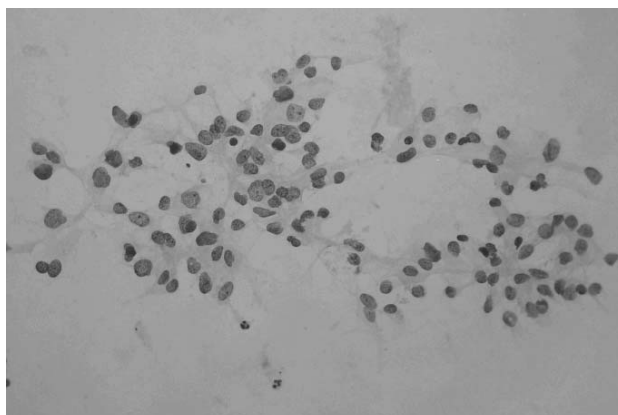


**Figura 1.** Tomografía computarizada abdominal en la que se aprecia una gran masa abdominal que depende del riñón derecho.

par que persistían heces oscuras de aspecto alquitranado. Asimismo, había una pérdida de unos 6 kg de peso. Por acentuación de la debilidad general, acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital, donde se detectó una severa anemia y se decidió su ingreso. La paciente presentaba antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 controlada con antidiabéticos orales. Se le había practicado una histerectomía y una apendicectomía. A su ingreso se encontraba en tratamiento con metformina y glibenclamida. En la exploración clínica, su aspecto general era regular y estaba pálida. La cabeza y el cuello eran normales. Se obtuvo una presión arterial de 150/90 mmHg. No se apreciaron adenopatías. Los tonos cardíacos eran taquicárdicos, rítmicos, a 108 lat/min, con un soplo sistólico aórtico de grado II/VI. La auscultación pulmonar era normal. El abdomen era blando, depresible, doloroso a la presión en el hipocondrio y vacío derecho, sin megalias. En el tacto rectal se apreciaron heces alquitranadas. No había edemas. El resto de la exploración era anodino. La serología para *Helicobacter pylori* y virus de la hepatitis C fue negativa, con anti-Hbc positivo y títulos de anti-Hbs de 2 U/l; la alfafetoproteína, antígeno carcinoembrionario, Ca 19,9 y Ca 125 fueron normales. Las proteínas totales eran de 6,8 g/dl, la albúmina de 3,2 g/dl, la alfa1 de 0,57 g/dl, alfa2 de 0,67 g/dl, beta y gamma de 2,3 g/dl; la vitamina B<sub>12</sub> era de 143 pg/ml (valor normal por encima de 180 pg/ml), con valores de fólculo, T4 y TSH normales. La glucemia era 262 mg/dl, los uratos de 1,64 mg/dl, los fosfatos de 2,54 mg/dl y el colesterol de 117 mg/dl, con HDL de 39 mg/dl. El resto de la analítica de nuestro hospital era normal o negativa. La ferritina era de 19 ng/ml. La hemoglobina inicial era de 6,8 g/dl con VCM 78,9 fl, con control tras transfusión de 9,41 g/dl. En la radiografía de tórax se apreciaba un pequeño nódulo en el lóbulo superior derecho. La radiografía de abdo-



**Figura 2.** Biopsia de mucosa gástrica: tinción hematoxilina-eosina. Aumento original 400. Sustitución de la mucosa gástrica por una proliferación de células claras que expresa queratinas (AE1-AE3), detalle de la foto, y vimentina.



**Figura 3.** Punción-aspiración con aguja fina de masa abdominal: test de Papanicolaou. Aumento original 400. Células tumorales obtenidas de la masa renal, que muestra las mismas características que las de la mucosa gástrica.

men reveló un engrosamiento de colon ascendente, imágenes cálcicas en proyección suprailíaca que parecen flebolitos y leve escoliosis. La tomografía computarizada (TC) toracoabdominal reveló una gran masa que emergía del riñón derecho, de naturaleza quística, que se extendía en continuidad a la suprarrenal derecha y vena cava inferior (fig. 1). Había múltiples nódulos pequeños, distribuidos de modo bilateral por el parénquima pulmonar. Se apreciaban nódulos subcutáneos múltiples en la pared costal y en el músculo subescapular. Había un engrosamiento parietal de intestino delgado (junto al sigma) y un nódulo suprarrenal izquierdo de 2,2 cm. El electrocardiograma reveló una taquicardia sinusal. La endoscopia digestiva alta (control) puso de manifiesto una hernia hiatal, así como una probable gastritis atrófica con pólipos diminutos gástricos y en la segunda porción duodenal punteado blanquecino. La biopsia del pólipo gástrico (fig. 2) reveló la presencia de células claras de adenocarcinoma renal. Las biopsias de duodeno y sigma revelaron linfagiectasias y leve inflamación crónica inespecífi-

ca. En la endoscopia digestiva baja se apreciaron hemorroides externas. La colonoscopia practicada hasta ángulo esplénico sugiere una sigmoiditis inespecífica. En la ecografía abdominal, el hígado y la vía biliar eran normales y se apreciaba un engrosamiento de la pared de ciego, así como una masa de 10,5 x 7,2 cm heterogénea vascularizada que parecía depender del polo superior del riñón derecho, que se desestructura parcialmente y que parece mostrar también signos de probable infiltración de suprarrenal ipsilateral. Se realiza punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de dicha masa (después de haber conocido el resultado de la biopsia de mucosa gástrica), que demostró un adenocarcinoma de células claras (fig. 3). Tras realizar las pruebas expuestas y demostrar la existencia de adenocarcinoma renal diseminado, se decidió instaurar tratamiento paliativo.

## DISCUSIÓN

El caso presentado reúne criterios de hipernefroma con metástasis difusas, demostradas éstas por tomografía computarizada toracoabdominal y biopsia de mucosa gástrica. Su inicio clínico con melenas y anemia no quedan definitivamente aclarados, si bien, sobre la base de los hallazgos endoscópicos y la TC, podría sugerir que el sangrado mantenido fuese del ángulo hepático del colon, por infiltración colónica directa del tumor renal, o relacionado con las metástasis del carcinoma renal en la mucosa gástrica. Los 2 aspectos más representativos de este caso son el inicio con anemia por sangrado digestivo, y la presencia de metástasis gástricas de un carcinoma renal. Los casos encontrados en la bibliografía (Medline) en relación con sangrado digestivo representan 5 hasta el momento actual. En el caso presentado, la biopsia de un pequeño pólipo gástrico fue la que inicialmente proporcionó el diagnóstico de carcinoma renal de células claras, confirmado posteriormente con PAAF de la masa que emergía del riñón derecho.

La incidencia de metástasis de carcinoma en el estómago es muy rara incluso en autopsias (del 0,2 al 0,7%), y casi siempre se relacionan con melanoma, cáncer de pulmón o de mama. La mayoría de los casos detectados en la autopsia están en el contexto de una enfermedad neo-

plásica diseminada<sup>13</sup>. La afección aislada del estómago en el carcinoma renal ha sido descrita en sólo 14 casos<sup>9</sup>.

La enseñanza que nos brinda este caso, además de su rareza, es de una importancia extraordinaria: el no hacer un seguimiento clínico de un proceso potencialmente fatal, el sangrado digestivo, ha determinado un largo sufrimiento de la paciente durante 3 meses hasta que se ha llegado al diagnóstico y se ha decidido el tratamiento paliativo. Ante la persistencia de un cuadro clínico tan definido como es el síndrome constitucional asociado a sangrado digestivo<sup>14</sup>, el planteamiento médico debe ser riguroso con la finalidad de realizar un diagnóstico y, tras ello, proceder a la actitud acorde con el caso.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Motzer RJ, Bander NH, Nanus DM. Renal-cell carcinoma. *N Eng J Med* 1996;335:865-79.
2. Harrison. Principios de Medicina Interna. 15.ª ed. México: Mc Graw-Hill, 2001.
3. Herrera Puerto J, Caballero Gómez M, Márquez Galán JL, et al. Hipernefroma metastásico al estómago. *Arch Esp Urol* 1993;46:729-31.
4. Mayeur D, David B, Boidart F, et al. Gastric metastasis of cancer of the kidney. *Gastroenterol Clin Biol* 1993;17:309-10.
5. Ibáñez Olcoz J, Jiménez López CE, Oteo Revuelta JA, et al. Gastric metastasis of renal adenocarcinoma. Presentation of a case and review of the literature. *Rev Esp Enferm Apar Digest* 1989;76:259-61.
6. Sullivan WG, Cabot EB, Donohue RE. Metastatic renal cell carcinoma to stomach. *Urology* 1980;15:375-8.
7. Mascarenhas B, Konety B, Rubin JT. Recurrent metastatic renal carcinoma presenting as a bleeding gastric ulcer after a complete response to high-dose interleukin-2 treatment. *Urology* 2001;57:168.
8. Picchio M, Paoletti A, Santini E, et al. *Acta Chir Belg* 2000;100:228-30.
9. Odori T, Tsuboi Y, Katoh K, et al. A solitary hematogenous metastasis to the gastric wall from renal cell carcinoma four years after radical nephrectomy. *J Clin Gastroenterol* 1998;26:153-4.
10. Blake MA, Owens A, O'Donoghue DP, et al. Embolotherapy for massive upper gastrointestinal haemorrhage secondary to metastatic renal cell carcinoma: report of three cases. *Gut* 1995;37:835-7.
11. Otowa T, Muto I. A case of synchronous gastric metastasis from renal cell carcinoma with the chief complaint of hematemesis. *Jpn J Clin Surg* 1992;53:1219-22.
12. Green LK. Hematogenous metastasis to the stomach. *Cancer* 1990;65:1596-600.
13. Ming S. Tumors of the esophagus and stomach. En: *Atlas of Tumor Pathology*, 2nd series, Part 7. Bethesda: Armed Forces Institute of Pathology, 1973; p. 253-5.
14. Pianka JD, Affronti J. Management principles of gastrointestinal bleeding. *Prim Care* 2001;28:557-75.