

# Metástasis duodenales y pancreáticas de cáncer renal

## Renal cancer duodenal and pancreatic metastases

El cáncer renal (CR) es un tumor que puede producir metástasis en prácticamente todos los órganos. Las metástasis en páncreas (MP) o en duodeno (MD) causadas por CR suelen ser muy infrecuentes y aparecer en el seno de una enfermedad diseminada<sup>1,2</sup>. Las metástasis únicas en estas localizaciones son muy raras y la combinación de MP y MD es excepcional, con sólo 2 casos publicados previamente<sup>2</sup>. Presentamos un paciente con MP y MD de CR, y debatimos las implicaciones terapéuticas y pronósticas.

Varón de 44 años con antecedentes de alergia a ciprofloxacino, hipertensión arterial, hiperlipemia y nefrectomía izquierda 7 años antes por cáncer renal. Acude a urgencias por presentar astenia y melenas; la hemoglobina era de 5,8 g/dl y el hematocrito del 18,3%. En la gastroscopia se observó una lesión ulcerada de bordes mamelonados en la rodilla duodenal, cuya biopsia evidenció infiltración por carcinoma renal de células claras. Se realizó tomografía computarizada (TC) (fig. 1) y ecoendoscopia, donde se observó el engrosamiento del duodeno y varias lesiones nodulares en el páncreas. Se intervino y se comprobó la lesión duodenal y varios nódulos pancreáticos que afectaban a toda la glándula. Se realizó duodenopancreatectomía total con esplenectomía. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. El estudio histológico confirmó las metástasis en duodeno, páncreas y en uno de los 15 ganglios resecados de un cáncer renal de células claras, grado III de Fuhrman. Se decidió tratamiento postoperatorio con sunitinib. Tras 16 meses no ha presentado signos de recidiva.

El CR es un tumor que produce metástasis prácticamente en cualquier órgano<sup>1-5</sup>. Habitualmente aparecen sincrónicamente en varios órganos, y sólo ocasionalmente (1-8%) son de localización única<sup>1,6</sup>. Las metástasis de CR en páncreas o duodeno son muy infrecuentes, y suelen aparecer en el contexto de una enfermedad diseminada multiorgánica<sup>1,2</sup>. La combinación de MD y MP sin afección de otros órganos es excepcional. En la literatura nacional sólo se han publicado 6 casos de MP solitarias, 3 de MD y ningún caso de MP y MD concomitantes<sup>1,3,4,7</sup>.

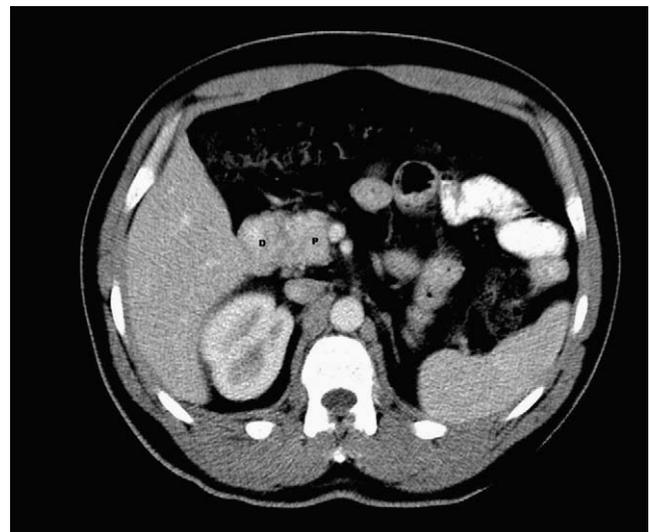
El duodeno es el segmento del tubo digestivo donde menos metástasis por CR se producen, de hecho sólo se han publicado 17 casos en la literatura internacional<sup>2,3,6,7</sup>. Los casos de MD por CR publicados presentan un periodo libre de enfermedad muy variable tras la nefrectomía (8 a 19 años)<sup>2,3,6,7</sup>. La localización más frecuente de las MD es la región periampular, seguida del bulbo duodenal<sup>6</sup>. Las MD se producen por diseminación peritoneal, hemática o linfática<sup>1,8</sup>. Habitualmente, son sintomáticas, ya que producen sangrado gastrointestinal (melenas o hematemesis) y anemia<sup>2,6,8</sup>, como en nuestro caso. Otros síntomas menos comunes son intususcepción duodenal, dolor abdominal inespecífico, pérdida de peso, obstrucción intestinal, perforación o ictericia<sup>2,6,8</sup>. La técnica diagnóstica de elección de las MD es la endoscopia digestiva alta con biopsia. Suelen

presentarse como una masa ulcerada, nódulos múltiples o placas sobreelevadas<sup>1,8</sup>. El diagnóstico es más problemático en las lesiones que sólo tienen crecimiento submucoso.

La incidencia de MP por CR es también muy baja (el 1-2,8% del total de las metástasis de CR)<sup>4-6</sup>. Son multifocales en el 20-45% de los casos<sup>4,9</sup>. Las MP aparecen muy tardíamente (10 años tras la nefrectomía). Producen diferentes síntomas según su localización: ictericia, hemorragia digestiva, dolor abdominal, vómitos, pérdida de peso, esteatorrea, pancreatitis, diabetes mellitus, etc. Un 20-50% son asintomáticas<sup>2-4,6</sup>. La TC es la técnica diagnóstica de elección, donde aparecen como masas hipervascularizadas, aunque la ecoendoscopia presenta la gran ventaja de que permite su biopsia<sup>3</sup>. La tomografía por emisión de positrones es de gran utilidad ya que descarta otros posibles focos metastásicos<sup>4</sup>.

En nuestro caso las MP y MD eran metástasis independientes sincrónicas; la afectación duodenal no lo era, por simple extensión desde una metástasis pancreática. La explicación de por qué se produce la afectación de estos dos órganos de forma concomitante sin otros órganos afectados se desconoce. Pudiera ser que células embriológicas pancreáticas presentes en el duodeno sean el asiento de las MD, que los tejidos sean muy afines o por su aporte sanguíneo común. Se ha postulado que posibles anastomosis porto-cava espontáneas entre las venas renales y las pancreaticoduodenales pudieran favorecer el proceso metastásico hemático a ambos órganos<sup>2,5</sup>.

En los pacientes con MD y/o MP resecables, la resección quirúrgica es la primera opción terapéutica<sup>1-9</sup>. La técnica se adapta a la localización de las lesiones. Si hay multifocalidad,



**Figura 1** – Tomografía computarizada D: duodeno engrosado no contráctil con lesión tumoral; P: cabeza de páncreas con metástasis.

como en nuestro caso, la exéresis total de páncreas y duodeno suele ser la técnica de elección. Cuando se realizan técnicas quirúrgicas más conservadoras (enucleación), las tasas de recurrencia local se incrementan considerablemente<sup>9</sup>. En casos no aptos para cirugía resectiva, la escleroterapia endoscópica o la radioterapia pueden incrementar la calidad de vida de los pacientes con MD<sup>8</sup>. La embolización de la arteria que nutre la lesión puede ser útil en hemorragias intratables causadas por MD y/o MP<sup>6</sup>.

El pronóstico de los pacientes con MD y/o MP a largo plazo no es bueno. La supervivencia a los 5 años tras resección de MP por CR oscila entre el 29 y el 35%, aunque, en series aisladas, se han publicado supervivencias del 75%<sup>2-4,9</sup>. No hay suficientes pacientes para saber si las MD y MP concomitantes empeoran el pronóstico.

Como conclusión, en pacientes nefrectomizados por CR, que presenten sangrado gastrointestinal, debe tenerse en cuenta la posibilidad de que esta hemorragia sea debida a MD y/o MP, pese a que éstas sean lesiones muy infrecuentes.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Merino C, Moles JR, Rodrigo A, Ferrando J, García J, Primo J, et al. Causa poco habitual de hemorragia digestiva alta: metástasis duodenal de carcinoma renal. *Gastroenterol Hepatol*. 2005;28:221-4.
- Hashimoto M, Miura Y, Matsuda M, Watanabe G. Concomitant duodenal and pancreatic metastases from renal cell carcinoma: report of a case. *Surg Today*. 2001;31:180-3.
- Velayos B, Beltrán J, Olmo L, García J, Fernández L, González JM. Hemorragia digestiva incoercible por metástasis pancreática de cáncer renal. *Rev Esp Enferm Dig*. 2006;98:219-27.
- Ramía JM, Muffak K, Villar J, Mansilla A, Garrote D, Ferrón JA. Metástasis pancreática tardía de cáncer renal. *Rev Esp Enferm Dig*. 2004;96:428-9.
- Lisii D, Gainant A, Sautereau D, Paraf F, Maubon A. Hemorragie digestive révélatrice d'un carcinome renal à cellules claires. *Gastroenterol Clin Biol*. 2002;26:1044-6.
- Sadler GJ, Anderson MR, Moss MS, Wilson PG. Metastases from renal cell carcinoma presenting as gastrointestinal bleeding: two case reports and a review of literature. *BMC Gastroenterology*. 2007;7:4-9.
- Gastaca M, Ortiz de Urbina J, Diaz J, Martinez G, Campo M, Echevarria A. Metástasis duodenal de adenocarcinoma renal. *Rev Esp Enf Dig*. 1996;88:361-3.
- Loualidi A, Spooen PF, Grubben MJ, Blomjous CE, Goey SH. Duodenal metastasis: an uncommon cause of occult small intestinal bleeding. *Neth J Med*. 2004;62:201-5.
- Zerbi A, Ortolano E, Balzano G, Borri A, Beneduce A, Di Carlo V. Pancreatic metastasis from renal cell carcinoma. Which patients benefits from surgical resection?. *Ann Surg Oncol*. 2008;15:1161-8.

José Manuel Ramía Ángel<sup>a,b,\*</sup>, Pilar Veguillas Redondo<sup>a</sup>, José E. Quiñones Sampedro<sup>a</sup>, Ana Bayo Berzosa<sup>a</sup> y Jorge García-Parreño Jofré<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

<sup>b</sup>Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jose\\_ramia@hotmail.com](mailto:jose_ramia@hotmail.com) (J.M. Ramía Ángel).