

***Metástasis gástrica y pancreática concomitante
por carcinoma de riñón a células claras:
Reporte de un caso***

Michel Portanova*, Alejandro Yabar**, Emilio Lombardi ***, Fernando Vargas****, Víctor Mena,* Ramiro Carbajal*, Néstor Palacios*, Jorge Orrego*

RESÚMEN

En el presente reporte se describe el caso de una paciente sometida a gastrectomía total, esplenectomía y pancreatectomía corporo-caudal por presentar metástasis gástrica y pancreática de carcinoma renal a células claras, 5 años después de haber sido sometida a nefrectomía radical. El cuadro se presentó como una hemorragia digestiva alta, y la lesión pancreática se evidenció en los estudios tomográficos previos a los que fue sometida la paciente. Existen muchos casos reportados en la literatura de metástasis pancreática, pero solo 8 en relación a metástasis gástrica. Sin embargo no encontramos reportado el tratamiento quirúrgico por lesión gástrica y pancreática concomitante. El tratamiento quirúrgico que en algunos reportes incluye cirugías de alta complejidad como gastrectomías con resecciones combinadas de otros órganos y pancreatoduodenectomía, se ofrecen como una buena alternativa para casos seleccionados ya que se han reportado buenas sobrevividas.

PALABRAS CLAVES: Metástasis gástrica, metástasis pancreática, carcinoma de riñón.

SUMMARY

This report describes the case of a patient who underwent total gastrectomy, splenectomy and pancreatectomy corporo-postero as a consequence of gastric and pancreatic metastasis from carcinoma to clear cells, five years after having undergone radical nephrectomy. Upper digestive bleeding was the first symptom, and pancreatic lesion was detected in previous CT scans. There are many documented cases of pancreatic metastasis, but only eight gastric metastasis in the last 15 years, although we did not find reports about surgical treatment for concomitant gastric and pancreatic injury. Surgical treatment which in some reports include highly complex surgeries such as gastrectomies with combined resections of invaded organs and pancreatoduodenectomy, are good options for select cases, because good survival rates have been reported.

KEYWORDS: Gastric metastasis, pancreatic metastasis, renal carcinoma

- * Cirujano del Servicio de Cirugía de Estómago 3B. Hospital Rebagliati
- ** Jefe del Servicio de Patología 2 del Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Rebagliati
- *** Jefe del Departamento de Cirugía. Hospital Rebagliati
- **** Jefe del Servicio de Cirugía de Estómago 3B. Hospital Rebagliati

INTRODUCCIÓN

Más del 90% de las neoplasias malignas del estómago corresponden a adenocarcinoma, cerca del 5% corresponden a linfoma y luego se encuentran toda una variedad de tumores como los estromales, carcinoides y la metástasis de otros órganos. Las metástasis a estómago aún cuando son infrecuentes, están sin embargo descritas en la literatura, dentro de ellas las provenientes de carcinoma a células claras son de las más infrecuentes.

Dentro de los tumores pancreáticos, la metástasis de otros órganos también es rara constituyendo solo el 5% de todos ellos(1), siendo el proveniente de carcinoma a células claras también bastante infrecuente. Sin embargo la lesión metastásica de carcinoma a células claras está descrita con una mayor frecuencia en páncreas que en el estómago pudiéndose presentar ambas muchísimos años después del tratamiento quirúrgico de nefrectomía(2,3). La literatura reporta un caso de lesión pancreática y duodenal concomitante, después de 11 años de realizada la nefrectomía (4), sin embargo no hemos encontrado reportada lesión pancreática y gástrica concomitante tratada quirúrgicamente como en el presente caso.

No existe un tratamiento estándar para el manejo de la metástasis de carcinoma a células claras y el tratamiento quirúrgico radical cuando la lesión está localizada está perfectamente contemplado asociándose a buenos resultados de sobrevida.

REPORTE DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 67 años de edad, refiere un tiempo de enfermedad de 5 días antes de su ingreso al hospital, caracterizado por melenas abundantes, mareos y disnea.

Antecedente de importancia : Nefrectomía radical derecha 08.03.99

Hallazgos : Tumor renal derecho que compromete casi todo el parénquima renal.

Anatomía patológica: carcinoma renal a células claras con extensas áreas de necrosis y hemorragia antigua y reciente, que infiltra la cápsula. No existe compromiso vascular. Hilio renal libre de neoplasia maligna. Ganglios libres de neoplasia maligna 0/7.

La paciente no recibió tratamiento oncológico alguno después de la intervención quirúrgica y solo mantuvo sus controles periódicos por consultorio externo destacando los hallazgos tomográficos que se detallan a continuación:

21.06.99 : se aprecia imagen quística de 1cm en cuerpo de páncreas

2001 : se aprecian 2 imágenes quísticas de 1.5 cm en cuerpo de páncreas

2003 : persistencia de dichas imágenes.

Dichos resultados fueron siempre interpretados como cistoadenomas.

Luego de su ingreso al hospital se le realiza:

Hemoglobina : 6.4 g/dl

Radiografía de esófago, estómago y duodeno a doble contraste: lesión ulcerada de 2 cms en tercio superior y cara posterior de estómago. (figura 1)

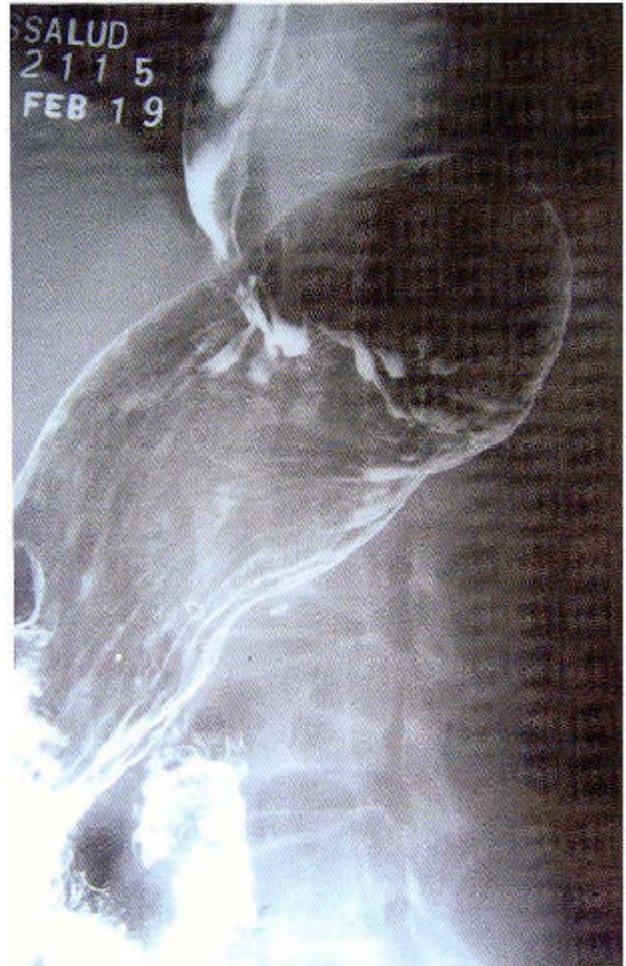


Figura 1.- Radiografía de Estómago muestra úlcera de 2 cm. en tercio superior de cara posterior de estómago.

Tomografía : imágenes quísticas en cuerpo de páncreas, tumoración sólida de 4 cm en cuerpo y cola de páncreas. (figura 2)

Endoscopia digestiva alta 20.02.04 : esófago con mucosa y motilidad normales, unión EG y plicatura diafragmática a los 38 cms. Estómago con lago mucoso limpio, en tercio superior de cuerpo entre el límite de la curvatura menor y mayor (pared posterior), lesión protruida sobre pliegue, en un área de 20 mms, de superficie que sugiere hiperplasia suprafoveal (aspecto trabecular) con depresión central y de consistencia aumentada a la toma de biopsia. Resto de mucosa de aspecto congestivo, eritematoso, exudado mucoso a predominio de antro. Duodeno con bulbo y 2da porción normales.

Anatomía Patológica 20.02.04 : en la figura 3 se puede apreciar biopsia con abundante tejido necrótico y aislados grupos de células (figura 3). A mayor aumento se aprecian grupos de células correspondientes a neoplasia maligna con aspecto de células en anillo de sello. (figura 4)

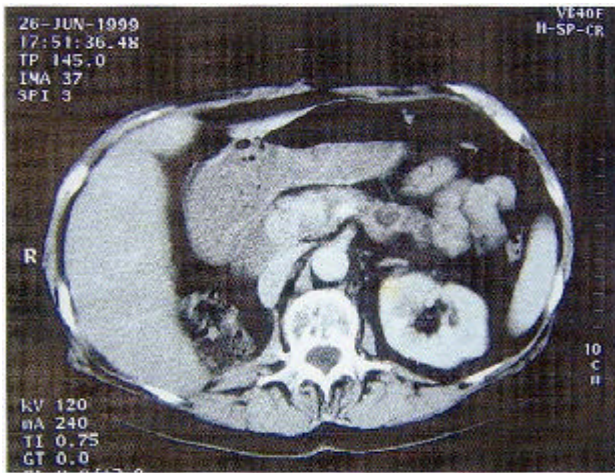


Figura 2.- Tomografía Helicoidal, muestra imágenes quísticas en cuerpo de páncreas y tumoración sólida de 4 cm. entre cuervocola.

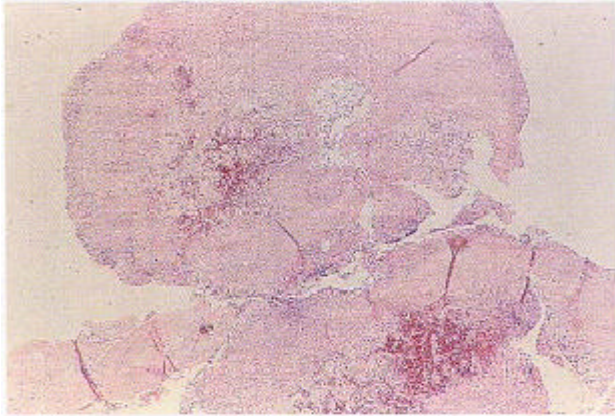


Figura 3.- Biopsia del tumor con abundante necrosis y aislados grupos celulares.

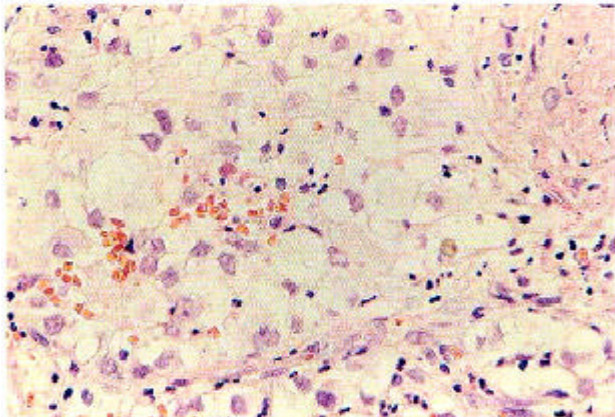


Figura 4.- Biopsia a mayor aumento muestra neoplasia maligna con células con aspecto "anillo de sello".

Intervención Quirúrgica 27.02.04

Procedimiento: se realiza gastrectomía total, esplenectomía, pancreatectomía corporocaudal, disección ganglionar D2 y reconstrucción esofagoyeyunal en Y de Roux.

Hallazgos: estómago de aspecto normal, se palpa lesión de 2 cms ubicada en fondo gástrico cara anterior cerca de curvatura mayor sin compromiso de serosa, no implantes peritoneales, no líquido libre en cavidad, hígado de aspecto

normal. En la región corporo caudal del páncreas se aprecia una lesión tumoral de aproximadamente 6 cms, con zonas quísticas. Resto de órganos intraabdominales sin alteraciones.

Anatomía patológica :

Estómago con Carcinoma a células claras metastásico a submucosa con extensión a mucosa, de 3.1x1.8 cms, con necrosis, hemorragia y úlcera. Embolia tumoral vascular venosa submucosa. Bordes quirúrgicos proximal y distal libres de neoplasia maligna. Ganglios libres de neoplasia maligna.

La macroscopía de la lesión nos deja apreciar que existe una zona ulcerada sin aparente compromiso de la mucosa adyacente (figuras 5 y 6). En la microscopía se verifica que las células neoplásicas se ubican fundamentalmente en la submucosa respetando prácticamente toda la mucosa donde se aprecia abundantes glándulas (figura 7). A mayor aumento se verifica que corresponden a células características de carcinoma a células claras (figuras 8 y 9) .

Páncreas : segmento de páncreas con metástasis de carcinoma a células claras en un 95% del parenquima con tejido fibro cicatricial y aislados islotes de Langerhans de páncreas residual. Cistoadenoma mucinoso de páncreas.



Figura 5.- Macroscopia de la lesión gástrica.



Figura 6.- Zona ulcerada del estómago sin compromiso aparente de la mucosa adyacente.

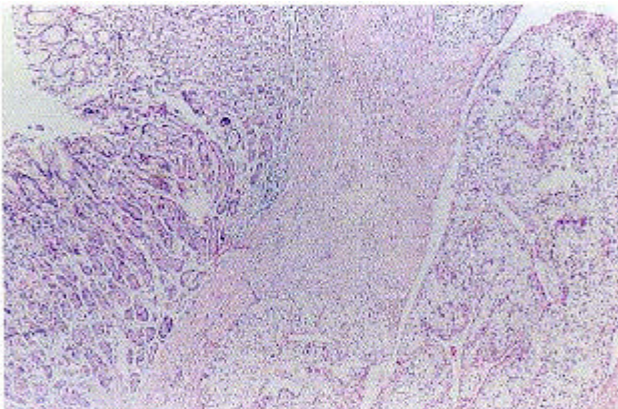


Figura 7.- La neoplasia se ubica en la submucosa, respetando el área glandular mucosa (estómago).

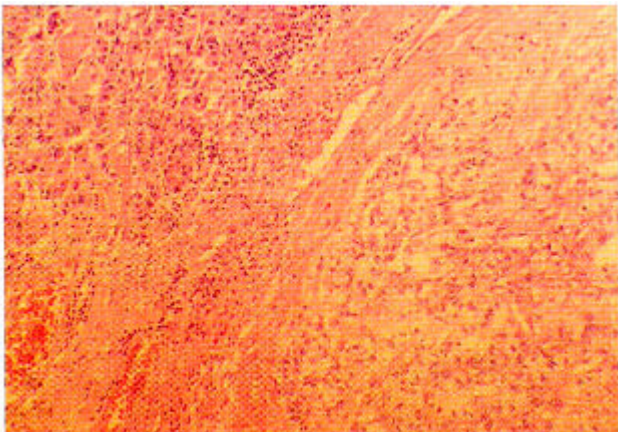


Figura 8.- Células típicas del carcinoma a células claras (En estómago).

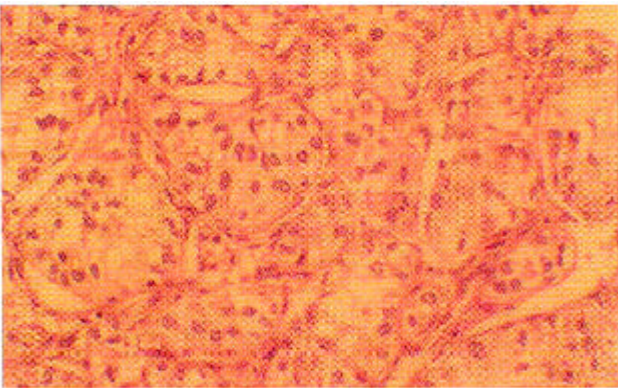


Figura 9.- Visias a mayor aumento.

Bazo con congestión pasiva crónica, libre de neoplasia maligna.

La evolución postoperatoria fué favorable y se procede al alta a las dos semanas de post operatorio.

DISCUSIÓN

Las lesiones metastásicas a estómago son poco frecuentes, sin embargo encontramos en nuestra revisión que un solo autor presenta 67 casos, 57 detectados en autopsias y 10 en endoscopías (2), de los que el 55% correspondió a primario de pulmón.

Los lugares más comunes de metástasis del carcinoma renal son el pulmón, hueso, hígado y cerebro, y según un buen número de autores la metástasis gástrica proveniente de carcinoma de células claras es bastante inusual (5,6,7,8), se reporta que ocurre entre un 0.2 - 0.7% (7). Existen además pocos casos sometidos a tratamiento quirúrgico encontrándose tan solo 8 casos en la literatura.

(tabla1)

Tabla 1

Referencia	Año	Casos	Aparición luego de Nefrectomía
Sullivan et al (15)	1980	1	7 años
Ibañez et al (6)	1989	1	2 años
Durous et al (7)	1992	1	
Marquez et al (13)	1992	1	
Mayeur et al (17)	1993	1	
Odori et al (8)	1998	1	4 años
Picchio et al (12)	2000	1	14 años
Mascarenhas et al (9)	2001	1	4 años
Caso Actual	2004	1	5 años

La metástasis pancreática también es bastante infrecuente, aunque existen mucho más reportes que la metástasis gástrica sobretodo asociadas a tratamiento quirúrgico (3,9,10)

La metástasis de carcinoma a células claras se puede presentar muchos años después del tratamiento quirúrgico radical, Picchio reporta un caso luego de 14 años de realizada la nefrectomía (11)

El tumor llega al páncreas como al estómago por vía hematogena, en el estómago empieza como una lesión submucosa la cual al crecer protruye invadiendo hacia la mucosa originando una lesión elevada con ulceración en extremo superior (8), por ello la mayoría de reportes coinciden en que el sangrado digestivo es la forma de presentación predominante(2,8,11,12) como lo fué en este caso, además se han descrito entre otra sintomatología dolor, vomitos y anorexia.

No existe un tratamiento estándar para las metástasis por carcinoma a células claras. Cuando la enfermedad es diseminada y el sangrado digestivo es importante, la embolización es una buena alternativa y tiene excelentes resultados(13). El tratamiento quirúrgico de la metástasis gástrica y pancreática está perfectamente contemplado en casos seleccionados en vista que es posible alcanzar buena sobrevida y se han reportado no solamente gastrectomías sino resecciones combinadas de estómago con segmentos hepáticos (14) y pancreatoduodenectomías(15).

En el presente caso la paciente presentaba 2 lesiones independientes, en estómago y páncreas que fueron extirpadas simultaneamente siendo la paciente sometida a gastrectomía total, esplenectomía y resección corporocaudal de páncreas. En ambos casos el diagnóstico final se tuvo en el post operatorio ya que en el caso de la lesión del estómago, la patología refería carcinoma tipo células en anillo de sello y la

extirpación de la región corporocaudal del páncreas se decidió en el intraoperatorio en razón que macroscópicamente no aparentaba corresponder solo a un cistoadenoma de acuerdo a los informes tomográficos previos. El post operatorio fue favorable y la paciente salió de alta a las 2 semanas. En el seguimiento a un año y medio la paciente se encuentra en buen estado.

Cuando se detecte una lesión neoplásica en un paciente con antecedente de nefrectomía radical por tumor de células claras, se debe siempre considerar la posibilidad de metástasis a pesar de que puedan haber transcurrido muchos años desde el antecedente quirúrgico. Se debe hacer un especial énfasis en la correlación anatomopatológica.

Para casos en los que la lesión metastásica de carcinoma a células claras sea localizada ó limitada, el tratamiento quirúrgico aún cuando incluya cirugías de alta complejidad constituye una buena alternativa a ser considerada en razón de sus buenos resultados en términos de sobrevida.

BIBLIOGRAFÍA

1. ROLAND CF, VAN HEERDEN JA. Non pancreatic primary tumors with metastasis to the pancreas. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 168:345-7
2. GREEN LK. Hematogenous metastases to the stomach. A review of 67 cases. *Cancer* 1990; 65(7):1596-600.
3. NORTON KS, ZIBARI GB. Body and distal pancreatectomy for metastatic renal cell carcinoma: case report and review of the literature. *J La State Med Soc.* 2004; 156(1):40-1
4. HASHIMOTOM, MIURAY, MATSUDAM, WATANABE G. Concomitant duodenal and pancreatic metastases from renal cell carcinoma: report of a case. *Surg Today* 2001; 31(2):180-3
5. IBANEZ OLCOZ J, JIMENEZ LOPEZ CE, OTEO REVUELTA JA, et al. Gastric metastasis of renal adenocarcinoma. Presentation of case and review of the literature. *Rev Esp Enferm Apar Dig.* 1989; 76(3):259-61
6. DUROUSE, ISAACS, DUBREUIL C, BRAILLON et al. Late gastric metastasis of cancer of the kidney. *Presse Med.* 1992; 21(21):996
7. 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(2):153-4
8. MASCARENHAS B, KONETY B, RUBIN JT. Recurrent metastatic renal cell carcinoma presenting as a bleeding gastric ulcer after a complete reponse to high-dose interleukin-2 treatment. *Urology* 2001; 57(1):168
9. MEHTA N, VOLPE C, HALEY T, et al. Pancreatoduodenectomy for metastatic renal cell carcinoma : report of a case. *Surg today* 2000; 30:94-7
10. KASSABIAN A, STEIN J, JABBOUR N, et al. Renal cell carcinoma metastatic to the pancreas: a single institution series and review of the literature. *Urology* 2000; 56(2):211-215
11. PICCHIO M, PAIOLETTI A, SANTINI E et al. Gastric metastasis from renal cell carcinoma fourteen years after radical nephrectomy. *Acta Chir Belg.* 2000; 100(5):228-30
12. MARQUEZ JL, HERRERA JM, HERRERA J et al. Gastric metastasis of renal cell adenocarcinoma. *Rev Esp Enferm Dig.* 1992; 81(2):129-30
13. 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* 37; 835-838
14. SULLIVAN WG, CABOT EB, DONOHUE RE, Metastatic renal cell carcinoma to Stomach. *Urology* 1980; 15(4):375-8
15. HASHIMOTOM, MIURAY, MATSUDAM, WATANABE G. Concomitant duodenal and pancreatic metastases from renal carcinoma : report of a case. *Surg Today* 2001; 31(2):180-3
16. MAYEUR D, DAVID B, BOIDART F, DUBRUJEAUD J. Gastric metastasis of cancer of the kidney. *Gastroenterol Clin Biol* 1993; 17(4):309-10