## Cartas al Director

## Hemorragia digestiva incohercible por metástasis pancreática de cáncer renal

Palabras clave: Hemorragia. Páncreas. Riñón. Metástasis.

Key words: Haemorrhage. Pancreas. Kidney. Metastasis.

Sr. Director:

El carcinoma de células claras constituye el 75% de todos los tumores originados en el riñón, alcanzando casi el 3% del total de las neoplasias en el adulto (1).

Como ya se comentó recientemente en su revista (2), la afectación metastásica pancreática única por esta entidad es excepcional.

Presentamos un nuevo caso en el que, al hecho de llevar asociado infiltración duodenal, se une un debut clínico en forma de hemorragia digestiva que requirió cirugía para su control.

Varón de 72 años, sin otros antecedentes que diabetes mellitus insulín-dependiente y resección transuretral de próstata por hiperplasia benigna hace 5 años. Inició estudio ambulatorio por hematuria macroscópica y molestia sorda en flanco derecho. En la ecografía se describió una masa heterogénea de 6 x 6 cm, con contorno lobulado, situada en el riñón derecho. La tomografía computerizada confirmaba la existencia de dicha neoformación, con captación heterogénea, posible invasión de la vena renal y pequeñas adenopatías hiliares. Tras despistaje de metástasis con placas de tórax y Tc 99 se realizó nefrectomía radical derecha sin complicaciones, con diagnóstico de tumor de células claras estadio IIIB. A las seis semanas tras el alta el enfermo ingresó por melenas y hemoglobina de 8,8 g/dl. El resto de perfiles analíticos era normal, salvo bilirrubina de 4,3 mg/dl, GOT: 122 U/L, GPT: 239 U/L, GGT: 852 U/L y fosfatasa alcalina: 2600 U/L. En la gastroscopia se apreciaba la existencia de una



Fig. 1.- Infiltración duodenal por metástasis de tumor renal con sangrado activo.

tumoración y sangre en la zona papilar duodenal, por lo que se introdujo el duodenoscopio. A la visión lateral la ampolla de Vater se mostraba muy aumentada de tamaño, desplazándose en bloque, con mucosa discrómica, dura y con sangrado en sábana llamativo (Fig. 1); se esclerosó con adrenalina diluida. A pesar del cese aparente del sangrado, el enfermo persistió anemizándose, por lo que se decidió abordaje quirúrgico. La cabeza del páncreas presentaba una tumoración sin contraindicación aparente para su exéresis según técnica de Whipple. La pieza demostró metástasis por carcinoma de células claras de

riñón con linfadenitis reactiva en ganglios regionales. El enfermo permanece asintomático a los 6 meses de la intervención, con tomografía computerizada normal.

La tríada clásica del carcinoma renal (dolor en flanco, hematuria y masa palpable) ocurre sin embargo sólo en el 10% de los casos, prediciendo enfermedad avanzada (1). Un 25-30% de los afectados tienen metástasis al diagnóstico, que se caracterizan por ser múltiples en más del 95% de los enfermos (3); se han detectado en sitios tan dispares como esófago, coroides, hipófisis, tiroides, corazón, médula espinal, o incluso, lengua. Las metástasis pancreáticas suelen aparecer más tardíamente que las de otras localizaciones, con un intervalo medio de 36 meses (4). Dentro del tubo digestivo, el lugar con menos casos de afectación aislada descritos es el duodeno, mientras que el hígado es el asentamiento más habitual. Menos de un 5% de los tumores pancreáticos tienen su origen en metástasis, siendo los focos primarios más frecuentes las neoplasias pulmonares, renales, sarcomatosas y ginecológicas.

La presentación clínica es variable en el tiempo y en los síntomas. Estos, además del frecuente síndrome general, van a depender de la zona del páncreas afectada: se describe dolor, esteatorrea o incluso debut diabético si se encuentra en el cuerpo, ictericia obstructiva o vómitos en las de cabeza, y, en muy raras ocasiones, hemorragia digestiva. La a veces poca expresividad, el tiempo de latencia relativamente largo y el cada vez mayor control tras la cirugía del primario hacen que sea frecuente un diagnóstico casual a través de pruebas solicitadas como seguimiento oncológico. La extensión al páncreas suele ser única, a modo de una lesión hipoecoica en las técnicas ecográficas, con bordes claramente diferenciados respecto al tejido circundante, de un tamaño medio de 4 cm y que, en casi la mitad de las ocasiones, se sitúa en la cabeza (5). Presentan poca tendencia a la infiltración, por lo que, a pesar de estar altamente vascularizadas, sólo hay aisladas comunicaciones que recojan algún grado de sangrado digestivo; no se ha encontrado ninguna de localización pancreática en la que el debut sea una hemorragia masiva. El resto del arsenal diagnóstico incluye la tomografía computerizada, resonancia magnética y, especialmente, la ecoendoscopia con punción, donde un reciente estudio ha puesto de manifiesto que la toma de muestras con una baja presión negativa de aspiración mejora el rendimiento de forma llamativa (6). La tomografía por emisión de positrones podría tener un papel aún por definir. En el diagnóstico diferencial hay que valorar el resto de patología tumoral e inflamatoria pancreática, nodular o difusa, primaria o metastásica; debido a que parece que las metástasis de tumores renales presentan mejor pronóstico que el adenocarcinoma pancreático, así como a su aspecto radiológico parecido en algunas ocasiones a neoplasias neuroendocrinas o incluso a zonas de pancreatitis focal, parece cada vez más necesario un intento de confirmación histológica de la lesión, especialmente en los casos inoperables en los que se valore un posible tratamiento quimioterápico. La histología no suele plantear dudas, objetivándose conglomerados celulares con abundante

vascularización y tejido de sostén, de núcleos hipercromáticos redondos rodeados de un citoplasma claro. Las técnicas de inmunohistoquímica con vimentina confirman la impresión microscópica (5).

Ante un enfermo con antecedentes de tumor renal y lesión pancreática se debe de intentar la exéresis completa, preferentemente por equipos con experiencia, y siempre que los estudios de extensión y las condiciones del enfermo lo permitan. La técnica a utilizar guardará relación con la localización de la lesión, tendiéndose siempre a resecciones agresivas, incluso en casos con afectación extrapancreática limitada seleccionados, donde se han descrito supervivencias prolongadas. Sólo hemos encontrado una referencia, dentro de los enfermos descritos con algún grado de sangrado digestivo, en el que se precisó de cirugía para el control inmediato, si bien la afectación primaria era el duodeno, no el páncreas.

El tumor de células renales estadio IV es refractario a las líneas de quimioterapia habituales, buscándose actualmente otras opciones; los tratamientos biológicos como la interleucina 2 consiguen un 19% de respuestas (el 5% completas), existiendo estudios basados en vacunoterapia y sustancias antiangiogénicas (bevacizumab) con resultados esperanzadores (1). La radioterapia sólo se emplea para control de los síntomas en afectación ósea, medular, etc.

Aunque la supervivencia global a los 5 años en pacientes con metástasis de tumor renal se sitúa entre el 0-20%, esta llega a más del 30% si sólo existe afectación pancreática (5). El obligado seguimiento ha de ser aún más exhaustivo si persiste anemia, hipercalcemia, aumento de lactato deshidrogenasa o síndrome general (1).

B. Velayos Jiménez, J. Beltrán de Heredia¹, L. del Olmo, J. García Castaño¹, L. Fernández y J. M. González

Servicios de Aparato Digestivo y <sup>'</sup>Cirugía Laparoscópica. Hospital Clínico. Valladolid

## Bibliografía

- Curti BD. Renal cell carcinoma. JAMA 2004; 292 (1): 97-100.
- Ramia JM, Muffak K, Villar J, Macilla A, Garrote D, Ferrón JA. Metástasis pancreática tardía de cáncer renal. Rev Esp Enferm Dig 2004; 96 (6): 428-9
- Maldazys JD, deKernion JB. Prognostic factors in metastatic renal carcinoma. J Urol 1986; 136: 376-9.
- Sperti C, Pasquali C, Liéis G, Pinciroli L, Decet G, Pedrazzoli S. Pancreatic resection for metastatic tumors to the páncreas. J Surg Oncol 2003; 83 (3): 161-6.
- 5. Thompson LD, Heffess CS. Renal cell carcinoma to the pancreas in surgical pathology material. Cancer 2000; 89 (5): 1076-88.
- Bechade D, Palazzo L, Fabre M, Algayres JP. EUS-guided FNA of pancreatic metastasis from renal cell carcinoma. Gastrointest Endosc 2003; 58 (5): 784-8.