CASOS
CLÍNICOS

Rev ACAD 2017; 33(4): 190-193

# PÓLIPO GÁSTRICO TIPO 0-IIA: UN HALLAZGO ENDOSCÓPICO DISCRETO DE METÁSTASIS TARDÍA EN EL CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS.

## *GASTRIC POLYP TYPE 0-IIA: AN INCONSPICUOUS ENDOSCOPIC FINDING OF LATE METASTASIS FROM RENAL CLEAR CELL CARCINOMA.*

A. Jiménez-Jurado[1], J.M. González-Santiago[1], M.Á. Cruz-Sánchez[2], H.M. Marcos-Prieto[1], V.K. Calabuig-Mazzola[1], M. García-Prada[1], A. González González-Cotorruelo[1], A. Álvarez-Delgado[1], A. Rodríguez-Pérez[1]

*[1]Departamento de Aparato Digestivo. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). Salamanca. [2]Departamento de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.*

## RESUMEN

El estómago es una localización inusual de implantación de metástasis y suele existir de forma concomitante diseminación a otros órganos. El carcinoma renal de células claras (CRCC) posee un gran poder metastásico, lo que implica la aparición de metástasis en lugares no habituales. Para alcanzar un correcto diagnóstico de las metástasis a nivel gástrico no solo es importante la oportuna orientación clínica en pacientes con sintomatología concordante, sino que resulta primordial la adecuada identificación endoscópica de la lesión mediante una gastroscopia de calidad. Presentamos el caso de un paciente varón de 59 años al que se le realizó gastroscopia diagnóstica evidenciando en cuerpo gástrico una lesión superficial tipo 0-IIa cuyo estudio histopatológico demostró la existencia de infiltración por carcinoma de células claras.

**Palabras clave:** pólipo gástrico, metástasis, carcinoma renal de células claras.

**TRABAJO ENVIADO:** 23/05/2017
**ACEPTADO PARA SU PUBLICACIÓN:** 19/07/2017
**CORRESPONDENCIA:**
Andrea Jiménez Jurado
Departamento de Aparato Digestivo
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca
Paseo de San Vicente, 50-180
37007 Salamanca
andrejjdoc@gmail.com

## ABSTRACT

The stomach is an unusual site of implantation of metastases and there is usually concomitant dissemination to other organs. Clear cell renal carcinoma (CRCC) has great metastatic power, which implies the appearance of metastases in non-habitual places. In order to achieve a correct diagnosis of gastric metastases, not only is the timely clinical orientation of patients with concordant symptomatology important, but also the adequate endoscopic identification of the lesion by means of a quality gastroscopy is essential. We present here the case of a 59-year-old male who underwent diagnostic gastroscopy evidencing in the gastric body a superficial lesion type 0-IIa whose histopathological study showed the existence of infiltration by clear cell carcinoma.

**Keywords:** gastric polyp, metastasis, clear cell renal carcinoma.

## INTRODUCCIÓN

El estómago es una localización inusual de implantación de metástasis y suele existir de forma concomitante diseminación a otros órganos. El tumor primario de células renales presenta metástasis en el momento del diagnóstico en el 20-30% de los casos y un 20% desarrollará la enfermedad metastásica después de haber sido diagnosticado en un estadio precoz[1]. El

carcinoma renal de células claras (CRCC) representa el aproximadamente el 85% de todos tumores renales con una incidencia en aumento. Los lugares más frecuentes de asentamiento de las metástasis son el cerebro, médula espinal y pulmón, siendo menos común que lo haga en estómago, como en el caso que exponemos a continuación.

## CASO CLÍNICO

Varón de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño y hernia de hiato. Había sido estudiado en otro centro por nódulo pulmonar solitario con biopsia diagnóstica de metástasis pulmonar de probable origen renal por lo que se realizó una segmentectomía atípica del lóbulo pulmonar superior derecho por un nódulo espiculado de 1 cm cuyo resultado anatomopatológico fue de tumor de células claras de probablemente origen renal. Se completó el estudio con un TC abdominopélvico donde se identifica una formación cortical nodular en el polo superior del riñón derecho con amplia necrosis central con semiología radiológica de CRCC sin otros hallazgos significativos en el resto del estudio. Se realiza una nefrectomía radical derecha con linfadenectomía por carcinoma de células claras, grado citológico III de Führman pT2a. Posteriormente completó tratamiento quimioterápico y durante un periodo de dos años, en los sucesivos controles oncológicos se apreció respuesta completa de la enfermedad.

Tras dos años de la nefrectomía radical, durante el seguimiento, es derivado a Aparato Digestivo por presentar clínica de dispepsia a pesar de tratamiento antisecretor. Se realizó una endoscopia digestiva alta evidenciando entre dos pliegues gástricos a nivel de cuerpo distal, hacia pared anterior y tras insuflación; una lesión polipoidea superficial con ligera elevación regular, tipo 0-IIa, de 7 mm de diámetro, con eritema en el centro y de consistencia normal a la toma de biopsia **(Figura 1)**. El resto de la cavidad gástrica y hasta la segunda porción duodenal fueron de aspecto normal. En el estudio anatomopatológico se demostró que correspondía a una mucosa de tipo oxíntico, en la que se observaba una proliferación tumoral de células que infiltraban mucosa y submucosa. El patrón de crecimiento en nidos estaba compuesto por células con abundante citoplasma claro y núcleos redondeados, hipercromáticos e irregulares. El estudio inmunohistoquímico demostró expresión de citoqueratina CAM 5.2, vimentina y CD10, concordantes con origen primario renal **(Figura 2)**.

Para una mejor caracterización de la lesión, en ecoendoscopia se apreció un engrosamiento de la capa mucosa con afectación y en contacto con la submucosa, estando la muscular y la serosa aparentemente conservadas sin objetivar adenopatías adyacentes **(Figura 3)**. En estudio de extensión mediante TC toracoabdominopélvico se evidenció un nódulo hipercaptante en lecho de la nefrectomía, decidiéndose su exéresis quirúrgica junto con gastrectomía parcial de lesión metastásica gástrica descrita.

Al año, en TC de seguimiento se describe aparición de múltiples LOEs hepáticas distribuidas por todo el parénquima con confirmación histológica tras biopsia hepática de infiltración por CRCC. En la actualidad el paciente recibe tratamiento quimioterápico con everolimus en monoterapia, sin asociar inmunoterapia por afectación metastásica múltiple entre otros factores de baja probabilidad de respuesta.

**Figura 1.** Lesión polipoidea superficial con ligera elevación regular, tipo 0-IIa, con eritema en el centro en cuerpo gástrico.

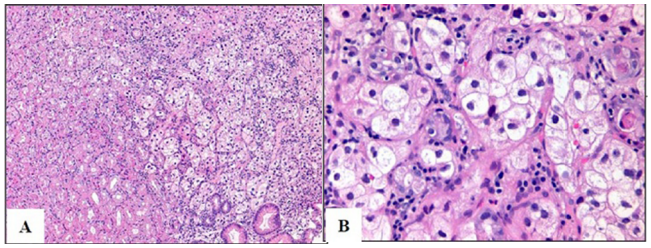


**Figura 2.** Estudio anatomopatológico: mucosa de tipo oxíntico, con proliferación tumoral. Expresión de citoqueratina CAM 5.2, vimentina y CD10. Concordantes con origen primario renal.

Rev ACAD 2017; 33(4): 190-193

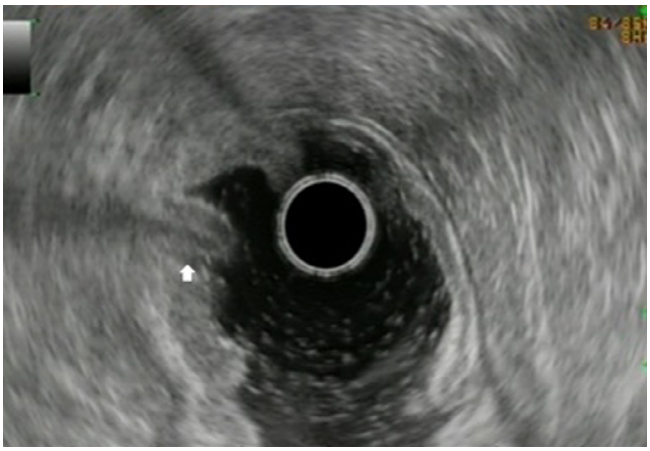

**Figura 3.** Engrosamiento de la mucosa gástrica con afectación y en contacto con la submucosa.

## DISCUSIÓN

Los tumores gástricos metastásicos constituyen una patología excepcional, con una frecuencia en estudios de autopsias que oscila entre el 0,2% y el 0,7% de los tumores de estómago. Se localizan en el cuerpo y fundus predominando los tumores únicos frente a implantes múltiples. La metástasis gástrica de origen renal es extremadamente rara y tardía, diagnosticándose años más tarde del tumor primario[2]. Los tumores primarios que con mayor frecuencia metastatizan en estómago son el cáncer de mama, de pulmón y melanoma.

El carcinoma de células renales (CRCC), posee un gran potencial metastásico, no sólo al diagnóstico, sino durante todo el curso evolutivo de la enfermedad. Entre sus peculiares características biológicas, destaca su capacidad para evadir los mecanismos de vigilancia del sistema inmune, situación que implica la aparición de metástasis en localizaciones no habituales como la descrita en este caso. Una metástasis en estómago de CRCC en el seno de una enfermedad diseminada de localizaciones múltiples, se puede explicar según las rutas de diseminación clásica (hematógena a través del sistema venoso cava y linfática)[3]. Las localizaciones tumorales gástricas más frecuentes son en el cuerpo y fundus gástrico y tumores individuales predominan sobre múltiples[4].

Generalmente se tratan de metástasis metacrónicas del CRCC con afectación gástrica que pueden debutar con signos y síntomas similares a los que presentan aquellos pacientes con un tumor gástrico primario como la dispepsia, dolor abdominal inespecífico, anemia o hemorragia digestiva; aunque en la mayoría de las ocasiones su presentación clínica va a ser paucisintomática.

Para alcanzar un correcto diagnóstico no solo es importante la oportuna orientación clínica en pacientes con tales antecedentes, sino que resulta primordial la adecuada identificación endoscópica de la lesión mediante una gastroscopia de calidad.

En los casos descritos, se puede apreciar endoscópicamente la presencia de lesiones únicas o múltiples, polipoideas en la mayoría de los casos, o en forma de placas[5]. Generalmente son lesiones de pequeño tamaño y de aspecto submucoso, sobreelevadas en su centro y con una ulceración en el vértice. Estas lesiones metastásicas pueden quedar localizadas en la submucosa gástrica e ir creciendo lentamente hasta infiltrar la mucosa y ulcerarla[6]. El diagnóstico diferencial endoscópico incluye al leiomioma ulcerado, carcinoide, linfoma, sarcoma de Kaposi, granuloma eosinófilo y páncreas heterotópico.

La media de supervivencia de los pacientes con carcinoma renal metastásico es de unos trece meses, pero cuando la enfermedad presenta diseminación gástrica, el curso de la misma puede ser impredecible, existiendo pacientes que fallecen a las pocas semanas dada la frecuente afectación concomitante de otros órganos[7].

El tratamiento de las metástasis gástricas de origen renal es controvertido. Ha de ser necesariamente individualizado de acuerdo al estado general del paciente y sobre todo condicionado por la presencia o no de enfermedad diseminada múltiple. En aquellos casos de localización única estaría indicada la cirugía radical (gastrectomía parcial/total).

El abordaje mediante terapéutica endoscópica de lesiones únicas está reservado para casos muy seleccionados o sin criterios de operabilidad. Por el contrario, ante casos de enfermedad diseminada múltiple otras modalidades terapéuticas utilizadas son la embolización paliativa de la arteria esplénica, la resección quirúrgica en cuña, la electrocoagulación endoscópica, así como la resección endoscópica, todas ellas con fines paliativos y con el objetivo común de detener la hemorragia digestiva.

La comprensión de las complejas alteraciones moleculares involucradas en el desarrollo y progresión del CRCC ha permitido el diagnóstico mediante la inmunohistoquímica o test genéticos, y también ha abierto las puertas a las terapias personalizadas. En el tratamiento de los carcinomas de células renales metastásicos existen datos preliminares que sugieren que la inmunoterapia (mediante inhibidores de tirosin Kinasas o mTOR) en combinación con la terapia dirigida tiene potencial para mejorar de forma significativa la supervivencia[8].

Por tanto, a pesar de su rareza, este caso nos recuerda la necesidad de considerar las metástasis como un importante diagnóstico diferencial, especialmente si coexisten antecedentes de enfermedad primaria. Por otro lado, con el objetivo de optimizar la detección de lesiones gastrointestinales precoces mediante gastroscopia, se han aportado recientemente algunas evidencias que recomiendan aplicar patrones de calidad similares a los empleados en la colonoscopia de cribado para la endoscopia digestiva alta aunque es una cuestión que aún no se ha abordado lo suficiente en nuestro medio[9,10].

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pollheimer MJ, Hinterleitner TA, Pollheimer VS, Schlemmer A, Langner C. Renal cell carcinoma metastatic to the stomach: single-centre experience and literature review. BJU Int 2008;102(3):315-9.

2. Sugasawa H, Ichikura T, Ono S, Ysujimoto H, Hiraki S, Sakamoto N, et al. Isolated gastric metastasis from renal cell carcinoma 19 years after radical nephrectomy. Int J Clin Oncol 2010;15(2):196-200.

3. Suárez Fonseca C., Carballido Rodríguez J., González Lama Y., Sola Galarza I., Rodríguez Reina G., Salas Antón C.. Metástasis gástrica de un adenocarcinoma renal: Hipótesis patogénica y revisión de la literatura. Actas Urol Esp 2004; 28(6): 472-476

4. Campoli PM, Ejima FH, Cardoso DM, Silva OQ, Santana Filho JB, Queiroz Barreto PA, Machado MM, Mota ED, Araujo Filho JA, Alencar Rde C, Mota OM. Metastatic cancer to the stomach. Gastric Cancer. 2006;9:19–25.

5. Riviello C, Tanini I, Cipriani G, Pantaleo P, Nozzoli C, Poma A. Unusual gastric and pancreatic metastatic renal cell carcinoma presentation 10 years after surgery and immunotherapy: A case report and a review of literature. World J Gastroenterol 2006;12(32):5234-6.

6. 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 (1): 168.

7. Eslick GD, Kalantar JS.: Gastric Metastasis in Renal Cell Carcinoma: A Case Report and Systematic Review. J Gastrointest Cancer 2011;42(4):296-301.

8. Czarnecka AM, Kornakiewicz A, Kukwa W, Szczylik C.: Frontiers in clinical and molecular diagnostics and staging of metastatic clear cell renal cell carcinoma Future Oncol. 2014; 10(6), 1095–1111.

9. Veitch AM, Uedo N, Yao K, East JE.: Optimizing early upper gastrointestinal cancer detection at endoscopy. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2015; 12(11):660-7.

10. Bisschops R, Areia M, Coron E, Dobru D, Kaskas B, Kuvaev R, et al. Performance measures for upper gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE Quality Improvement Initiative. Endoscopy 2016; 48:843–864.