



## PRESENTACIÓN DE CASO

### Metástasis duodenal por hipernefroma, reporte de un caso

Duodenal metastasis from hypernephroma: a case report

Roberto Caveda Carrasco<sup>1</sup>✉, Angel Ernesto Ramos-Cordero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río, Cuba.

<sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Policlínico Fermín Valdés Domínguez de Viñales. Pinar del Río, Cuba.

**Recibido:** 3 de junio de 2021

**Aceptado:** 18 de agosto de 2021

**Publicado:** 24 de septiembre 2021

**Citar como:** Caveda Carrasco R, Ramos-Corderos AE. Metástasis duodenal por hipernefroma, reporte de un caso. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [citada fecha de acceso]; 25(5): e5151. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5151>

### RESUMEN

**Introducción:** el hipernefroma representa del 2 % al 3 % de todas las neoplasias malignas del adulto. Sus patrones de metástasis no han sido definidos con precisión. La metástasis duodenal es considerada rara cuando se presenta.

**Presentación del caso:** paciente masculino, de 48 años de edad, con antecedentes de nefrectomía derecha por presentar hipernefroma que a los siete meses de la intervención se diseminó a pulmón y fosa renal. Al año de la nefrectomía es valorado por presentar anemia crónica, sangre oculta en heces fecales positiva y sintomatología gastrointestinal. Se realizó colon por enema opaco que reveló infiltración de la pared y durante la realización de gastroscopia se realizó toma de muestra de lesión tumoral en duodeno. El análisis anatomopatológico de la biopsia duodenal mostró una lesión tumoral de células grandes anaplásicas con citoplasma vacuolado, PAS positivas y PAS Diastasa negativas, compatible con metástasis de carcinoma de células renales.

**Conclusiones:** la aparición tardía de metástasis y la regresión espontánea del hipernefroma exigen un seguimiento integral y prolongado del personal médico a su cargo, en quienes la sospecha de diseminación siempre debe preponderar durante el abordaje clínico, aun cuando la clínica no sugiera los sitios más comunes.

**Palabras Clave:** Carcinoma de Células Renales; Neoplasias Renales; Epidemiología; Metástasis de la Neoplasia; Duodeno.

## ABSTRACT

**Introduction:** hypernephroma represents 2 % to 3 % of all adult malignant neoplasms. Its metastatic patterns have not been precisely defined. Duodenal metastasis is considered rare when it occurs.

**Case Report:** a 48-year-old-male patient, having a history of right nephrectomy due to hypernephroma, at 7 months after the surgery a spread to the lung and renal fossa was found. One year after nephrectomy he was evaluated for chronic anemia, positive fecal occult blood and gastrointestinal symptoms. An opaque colon enema was performed which revealed infiltration of the wall and during gastroscopy a sample of tumor lesion in the duodenum was taken. The pathological analysis of the duodenal biopsy showed an anaplastic large cell tumor lesion with vacuolated cytoplasm, PAS positive and PAS Diastase negative, compatible with metastasis of renal cell carcinoma.

**Conclusions:** the late appearance of metastases and spontaneous regression of hypernephroma require a comprehensive and prolonged follow-up by the medical staff in charge, in those where the suspicion of dissemination should always prevail during the clinical approach, even when the clinical picture does not suggest the most common sites.

**Keywords:** Carcinoma, Renal Cell; Kidney Neoplasms; Epidemiology; Neoplasm Metastasis; Duodenum.

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células renales (CCR) es la forma más frecuente de los tumores malignos del riñón. Su anatomía se describió por primera vez en el año 1826 por König, y no fue hasta 1855 que Robin demostró el origen de los tumores renales a partir de las células epiteliales del túbulo proximal.<sup>(1)</sup>

También descrito como hipernefoma, tumor del internista, adenocarcinoma renal o tumor de Grawit; representa del 2 % al 3 % de todas las neoplasias malignas en el adulto. Anualmente se diagnostican 295 000 nuevos casos de esta enfermedad y se registran 134 000 muertes en todo el mundo. Estados Unidos promedia 63 000 casos del acumulado general y unas 14 000 muertes, mientras que en Europa las cifras ascienden a 84 000 casos y 35 000 decesos.<sup>(2)</sup>

Es más frecuente en varones que en mujeres en proporción aproximada de 2:1. Su máxima incidencia se produce entre los 50-70 años, con una mediana de 64, aunque se ha descrito que puede aparecer a partir de los 35 años. Cuando se realiza el diagnóstico en edades tempranas debe considerarse la posibilidad de un cáncer de riñón hereditario subyacente.<sup>(2,3,4)</sup>

Su génesis se ha relacionado con la dieta hipercalórica (ricas en grasas y colesterol), la obesidad, la hipertensión arterial, el tabaco (incidencia 1,7 veces mayor) y otros factores ambientales como los metales pesados (cadmio), sin que en la mayoría de los casos pueda determinarse un factor etiológico claro.<sup>(4)</sup>

La presentación clínica del cáncer renal y de su enfermedad metastásica es muy variable. Actualmente la triada clásica de dolor lumbar, masa palpable y hematuria es relativamente infrecuente (10 - 20 %); de ahí que la mayoría de los diagnósticos resulten de hallazgos incidentales como consecuencia del empleo generalizado de técnicas radiológicas como la ecografía o la tomografía abdominal, realizadas en el curso del estudio de otros padecimientos.<sup>(1,2,3)</sup>

En este artículo se reporta el caso de un paciente atendido por la misión médica cubana en el Hospital General de Malabo en Guinea Ecuatorial. Se solicitó autorización del paciente mediante consentimiento informado escrito para la publicación del caso clínico, y se tomaron todas las precauciones para garantizar la confidencialidad de la información y el anonimato del mismo.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de piel negra, 48 años, residente de zona rural con antecedentes personales de etilismo crónico, paludismo previo en múltiples ocasiones y nefrectomía derecha por presentar hipernefroma a ese nivel, el cual se correspondió con una masa tumoral de 4 cm de diámetro, con extensas áreas de necrosis e invasión del sistema pielocalicial y vascular linfático, sin afectación de la vena renal, y constituido histológicamente por células claras, sarcomatoides y células gigantes.

A los siete meses de la intervención quirúrgica se detectó metástasis pulmonares, y tres meses después, recidiva en fosa renal derecha. Al año de la nefrectomía fue valorado en consulta por presentar anemia crónica y sangre oculta en heces fecales positiva. Durante la entrevista refirió vómitos ocasionales, molestias abdominales difusas, pesadez postprandial, heces oscuras y disnea progresiva. A la exploración se constató mucosas hipocoloreadas, temperatura axilar de 39°C, soplo sistólico III/VI, abdomen con cicatriz de laparotomía previa, masa no dolorosa que ocupaba el vacío derecho y la fosa ilíaca derecha, y peristaltismo intestinal aumentado.

Los resultados de la analítica sanguínea mostraron eritrosedimentación aumentada y anemia severa. La creatinina estuvo dentro de parámetros normales. (Tabla 1)

**Tabla 1. Exámenes de laboratorio realizados.**

Examen	Resultado	Examen	Resultado
Hemoglobina	7,9 g/L	Eritrosedimentación	149 mm/h
Hematocrito	0,22 L/L	Creatinina	1,1 mg/dl

Se realizó un colon por enema opaco en el que se observó desplazamiento del ángulo hepático y mitad del colon transverso, con posible infiltración de la pared. Se decide practicar una gastroscopia en la que se objetivó la presencia de una masa tumoral en duodeno descendente, polipoidea, parcialmente ulcerada de 2 a 3 cm de diámetro con infiltración de la pared en su base y estenosis de la luz. Se realizó exéresis de la masa por el equipo médico quirúrgico y toma de muestra.

El análisis anatomopatológico de la biopsia duodenal mostró una lesión tumoral de células grandes anaplásicas con citoplasma vacuolado, PAS (ácido peryódico de Schiff) positivas y PAS Diastasa negativas, todo ello compatible con metástasis de carcinoma de células renales.

## DISCUSIÓN

La afectación neoplásica del intestino delgado es poco frecuente, representa solo el 1 - 2 % de los tumores que se desarrollan en el sistema gastrointestinal. Si se considera únicamente la invasión metastásica, la situación es infrecuente, sobre todo si su origen es el carcinoma de células renales. Algunos estudios realizados al respecto reportan entre 7,1 %, <sup>(5)</sup> y 8,0 %, <sup>(6)</sup> de neoplasias de intestino delgado producto a metástasis por carcinoma de células renales.

Los patrones de metástasis del CCR no han sido definidos con precisión; los sitios de mayor incidencia son el pulmón, ganglios, hueso, hígado, glándulas suprarrenales y cerebro. Los demás sitios se consideran raros y no se sospechan fácilmente hasta que producen síntomas. En la mayoría de las ocasiones constituyen el motivo de consulta para iniciar la investigación y hallar el primario. <sup>(2)</sup> Algunas localizaciones atípicas reportadas en la literatura son páncreas, <sup>(7)</sup> cuero cabelludo, <sup>(8)</sup> peritoneo, <sup>(9)</sup> mama, tiroides, <sup>(10)</sup> ovario, testículo, piel y duodeno.

La metástasis en lugares no usuales, como el intestino, aparece en por cientos más bajos de lo que se podría esperar en el CCR, debido quizás a diferentes causas. Estos enfermos viven más tiempo que los pacientes con otros carcinomas, por lo que las posibilidades de que se produzca metástasis son más altas.

Las células del CCR tienen más capacidad de alcanzar ciertos sitios o de sobrevivir en ellos que las células de otros cánceres; una o más rutas de diseminación pueden ser utilizadas por las células del CCR, pero no por las células de otros carcinomas, y estos mecanismos pueden presentarse de forma combinada. Aun cuando se establece el diagnóstico de forma oportuna del tumor primario, un tercio de los tumores genitourinarios se asocia con enfermedad metastásica (metástasis sincrónicas) y otro tercio se expresa a futuro (metástasis metacrónicas); en algunos casos hasta 20 o 30 años después de la nefrectomía. <sup>(2,5,7,11)</sup>

La forma de presentación clínica de las metástasis duodenales puede ser muy diversa. La más frecuente es la hemorragia digestiva, que se manifiesta como anemia asociada en ocasiones a melenas o, más raramente, como hematemesis y otros síntomas más inespecíficos como dolor y episodios de obstrucción intestinal, <sup>(5)</sup> clínica evidenciada parcialmente en el caso expuesto.

El diagnóstico definitivo es anatomopatológico, ya que este tumor presenta rasgos histoquímicos e inmunofenotípicos que permiten establecer diferencias con otros adenocarcinomas microvacuolados, especialmente del tubo digestivo o del tracto genital femenino. Al efecto, las células del CCR, que contienen glucógeno, pueden diferenciarse con las técnicas de PAS y PAS diastasa de las que contienen mucina. <sup>(5)</sup>

Durante el seguimiento de pacientes con enfermedad oncológica, principalmente de los tumores del aparato genitourinario, debe tenerse en cuenta la aparición de segundos tumores primarios, ya que este hallazgo se reporta cada vez con más frecuencia en la práctica médica, en asociación con mixomas, <sup>(12)</sup> mieloma múltiple, <sup>(13)</sup> y cáncer de colon. <sup>(14)</sup> En el paciente reportado no existió evidencia clínica ni anatomopatológica de la presentación de neoplasias primarias múltiples.

En el caso clínico presentado se evidenció la evolución clínica atípica del carcinoma de células renales al realizar metástasis en duodeno al año de haber nefrectomizado al paciente, así como la edad de presentación de la neoplasia por debajo del periodo de mayor incidencia. Respecto al resto de los elementos clínico epidemiológicos se ubica dentro de las características habituales de presentación.

## CONCLUSIONES

La evolución clínica del carcinoma de células renales es impredecible y su pronóstico, muy variable. La aparición tardía de metástasis y la regresión espontánea exigen un seguimiento integral y prolongado, tras la nefrectomía, del personal médico a su cargo en todos los niveles de atención. La sospecha de diseminación debe preponderar al abordar clínicamente estos casos, aun cuando no sugieran los sitios más comunes.

### Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### Contribución de los Autores

**RCC:** Conceptualización, curación de datos, investigación, recursos, redacción-borrador original.

**AERC:** Investigación, metodología, visualización, redacción-revisión y edición.

### Financiación

Este artículo ha sido autofinanciado por los autores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González García FJ, Hontoria Briso-Montiano JM, Sánchez Chapado M. Tumores malignos del parénquima renal. En Libro del Residente de Urología. 1ra ed. España: Grupo ENE Publicidad; 2007 p. 435-49.
2. Bacaret W, Cabrera M, Ramos G, Varela R, Donoso W. Metástasis inusuales en carcinoma de células renales. Colombian Urology Journal. [Internet] 2019 [citado 31/05/2021]; 28(1): 19-24. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6933728>
3. Álvarez-Sánchez IM, Polo-Rosales Y, Zaragoza-Durañona R, Sánchez-Lorenzo IM. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con adenocarcinoma de células renales tratados con nefrectomía radical. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [Internet] 2020 [citado 31/05/2021]; 45(6): 1-6. Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2335>.
4. Alcaraz Asensio A. Tumores del riñón y del urotelio. En Farreras Valentí P, Rozman C. Medicina Interna 18ed. España: Elsevier; 2016
5. Merino C, Molés JR, Rodrigo A, Ferrando J, García J, Primo J et al. Causa poco habitual de hemorragia digestiva alta: metástasis duodenal de adenocarcinoma renal. Gastroenterol Hepatol [Internet] 2005 [citado 20/01/2021]; 28(4): 221-4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-causa-poco-habitual-hemorragia-digestiva-13073090>
6. Rosas Marcos E, Frisancho Velarde O, Yàbar A. Neoplasia maligna duodenal: perfil clínico-patológico. Rev Gastroenterol Perú [Internet] 2003 [citado 20/01/2021]; 23(2): 99-106 Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292003000200003&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292003000200003&script=sci_abstract)
7. Sánchez-Biosca A, Ramos-Lázaro J, Niño-Aragón E, Blancafort-Planas J. Metástasis tardías de carcinoma renal de células claras. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). [Internet] 2017 [citado 20/01/2021]; 2(2): 102-104. Disponible en: <https://reccmi.redaccioncto.com/mod/page/view.php?id=345>

8. de León-Castorena E, Ramírez-Vallejo SD. Manifestación atípica de carcinoma renal de células claras. Reporte de un caso. Rev Mex Urol. [Internet] 2018 mayo-junio [citado 31/05/2021]; 78(3):220-224. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-40852018000300220&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-40852018000300220&script=sci_arttext&tlng=es)
9. López-Fontana G, Guglielmi JM, López-Fontana R, Valdemoros P, López Laur JD. Carcinoma de células renales metastásico al peritoneo: Una presentación infrecuente. Rev. Arg. de Urol. [Internet] 2020 [citado 31/05/2021]; 85(1): 41-44. Disponible en: <https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/viewFile/4268/3597>
10. Martínez J, Viana E, González M, Lobatón JF, Mora E. Carcinoma de células renales, metastásico a mama y tiroides. Reporte de un caso. Rev. Col. Hematol. Oncol. [Internet] 2018 [citado 31/05/2021]; 5(2):28. Disponible en: <https://revista.acho.info/index.php/acho/article/view/48>
11. González-Reynaga H, Rodríguez-Komukai E, Bárcena-Ugalde JC. Metástasis ósea como manifestación inicial de carcinoma de células renales. Reporte de un caso. Rev Mex Urol. [Internet] 2018 sept-oct [citado 20/01/2021]; 78(5): 397-401. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-40852018000500397&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-40852018000500397&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
12. Chaljub Bravo E, et al. Rara coincidencia de dos tumores: mixoma cardíaco e hipernefroma. Presentación de un paciente. CorSalud [Internet] 2018 Oct-Dic [citado 31/05/2021]; 10(4): 330-335. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2078-71702018000400330](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702018000400330)
13. Villamil Cajoto I, Martínez Lamas C, Balea Vázquez L, Fernández Castro N. Neoplasia primaria múltiple. Estudio de casos en cuidados paliativos. Med Paliat. [Internet] 2019 [citado 31/05/2021]; 26(3):250-253. Disponible en: <https://www.medicinapaliativa.es/neoplasia-primaria-multiple-estudio-de-casos-en-cuidados-paliativos441>
14. Fonseca Buitrago CL, Sánchez Martínez LM, Pompilio Daza F, Ruiz CA, Cárdenas AM, Vega J, Cabrera M, Arenas NJ. Tumores primarios múltiples sincrónicos: carcinoma de células renales y colorrectal. Urol Colomb [Internet] 2017 [citado: 3/06/2021]; 26(3): 159-163. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149153548003>