

Metástasis inusuales en carcinoma de células renales

Unusual Metastases in Renal Cell Carcinoma

W. Bacaret¹ M. Cabrera² G. Ramos² R. Varela³ W. Donoso³

¹ Residente em Urología Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

² Urólogo, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia

³ Profesor Asociado de Urología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

Address for correspondence Walter Bacaret, Residente Urología, Universidad Nacional de Colombia, Kra 59bbis #128b 07 Bloque 4 Apto 101, Bogotá, Colombia (e-mail: bacaret666@hotmail.com).

Urol Colomb 2019;28:19–24.

Resumen

Introducción y Objetivos El carcinoma renal de células claras (CCR), es la neoplasia renal más frecuente. Hasta el 30% de los casos presentan enfermedad sistémica, siendo las más usuales: pulmón, ganglios, hígado y cerebro. El objetivo de este trabajo es informar casos poco frecuentes de metástasis por CCR y establecer posibles factores relacionados con las metástasis.

Métodos y Materiales revisión retrospectiva de historias clínicas en el instituto nacional de cancerología de los pacientes con carcinoma de células renales metastásico entre los años 2013 a 2017. Se identificaron 6 casos con sitios de metástasis inusuales en pacientes del servicio de urología oncológica del instituto nacional de cancerología, destacando histopatología e inmunohistoquímica de los especímenes quirúrgicos tanto del primario como de la metástasis, reportando marcadores específicos y clasificaciones según corresponda.

Resultados Caso 1 Metástasis a duodeno, Caso 2 metástasis a ovario, caso 3 metástasis a testículo, caso 4 metástasis a piel, caso 5 metástasis a glándula tiroides, caso 6 metástasis a mama y piel. Se evaluaron diferentes variables y se analizaron con base en la literatura.

Conclusiones Consideramos que la edad, el tabaquismo, el grado histológico, la invasión de la vena renal, el tamaño tumoral y el estadio pueden ser factores predisponentes para ese comportamiento.

Palabras-Clave

- ▶ cáncer renal
- ▶ metástasis
- ▶ células claras

Abstract

Introduction and Objectives Clear cell renal carcinoma (CRC) is the most frequent renal neoplasm. Up to 30% of cases present systemic disease, being the most common: lung, lymph, liver and brain. The objective of this work is to report rare cases of CRC metastasis and to establish possible factors related to metastasis.

Methods and Materials Retrospective review of medical records in the national institute of cancerology of patients with metastatic renal cell carcinoma between the years 2013 to 2017. Six cases with sites of unusual metastases were identified in patients of the oncology urology service of the national institute of cancerology, highlighting histopathology and immunohistochemistry of the surgical specimens of

received
February 2, 2018
accepted
March 9, 2018
published online
August 27, 2018

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0038-1645860>.
ISSN 0120-789X.
eISSN 2027-0119.

Copyright © 2019, Sociedad Colombiana de Urología. Publicado por Thieme Revinter Publicações Ltda., Rio de Janeiro, Brazil. Todos los derechos reservados.

License terms



Keywords

- ▶ renal cancer
- ▶ metastasis
- ▶ clear cells

both the primary and metastasis, reporting specific markers and classifications as appropriate.

Results Case 1 Metastasis to duodenum, Case 2 metastasis to ovary, case 3 metastasis to testis, case 4 metastasis to skin, case 5 metastasis to thyroid gland, case 6 metastasis to breast and skin. Different variables were evaluated and analyzed based on the literature.

Conclusions We consider that age, smoking, histological grade, invasion of the renal vein, tumor size and stage may be predisposing factors to this behavior.

Introducción

El carcinoma de células renales (CCR), representa del 2% al 3% de todas las neoplasias malignas del adulto. Anualmente, se diagnostican 295.000 nuevos casos de cáncer de riñón y se registran 134.000 muertes en todo el mundo. El cáncer de riñón representa 63,000 nuevos casos y 14,000 muertes anuales en los Estados Unidos con 84,000 nuevos casos y unas 35.000 muertes en Europa. Los hombres están más afectados que las mujeres (proporción 2: 1 de nuevos diagnósticos). La edad mediana de los pacientes con CCR en la base de datos de vigilancia, epidemiología y resultados finales (SEER), en los Estados Unidos fue de 64 años, por lo tanto, cuando se diagnostica CCR a edades más tempranas (≤ 46 años), la posibilidad de un cáncer de riñón hereditario subyacente (que representa entre el 3% y el 5% de todos los CCR), debe ser considerada.

Los principales factores de riesgo establecidos para el CCR incluyen el exceso de peso corporal, la hipertensión y el tabaquismo. Otras afecciones médicas que se han asociado con RCC en estudios epidemiológicos incluyen enfermedad renal crónica, hemodiálisis, trasplante renal, enfermedad quística renal adquirida, diagnóstico previo de CCR y posiblemente, diabetes mellitus.

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 solamente aparece en un 10% de los pacientes, siendo el hallazgo clínico aislado más frecuente la hematuria. Hoy en día, la mayoría de los diagnósticos resultan de hallazgos incidentales. Ese cambio es una consecuencia del uso generalizado de técnicas radiológicas no invasivas, como la ecografía o la tomografía abdominal, realizadas por otra razón.

El carcinoma renal metastatiza, por orden de frecuencia, a pulmón, hígado, suprarrenales y cerebro, sin tener un patrón predecible de su diseminación a otros órganos, lo que impide establecer con certeza su estadio y plan de seguimiento, así como el tratamiento de la enfermedad sistémica.

Materiales y métodos

Se realizó una revisión retrospectiva de expedientes clínicos en el instituto nacional de cancerología de los pacientes con carcinoma de células renales metastásico entre los años 2013 a 2017. Se seleccionaron los que presentaran sitios de

metástasis fuera de las usuales, analizando datos demográficos, patológicos y quirúrgicos. Se identificaron 6 casos con sitios de metástasis inusuales en pacientes del servicio de urología oncológica, destacando histopatología e inmunohistoquímica de los especímenes quirúrgicos tanto del primario como de la metástasis, reportando marcadores específicos y clasificaciones según corresponda.

Caso 1

Paciente masculino de 58 años, quien asiste a consulta de urología en marzo de 2014 por hematuria y dolor lumbar intermitentes de 3 meses de evolución, múltiples consultas previas por dolor lumbar manejadas con terapia física y analgesia, tiene como antecedentes hipertensión y tabaquismo. Es valorado con imágenes donde se encuentra masa renal derecha de 6,5 cm en la región interpolar con nódulo en la glándula suprarrenal ipsilateral de 2 cm y aparente trombo en vena renal. Se observa además, defecto de llenamiento en cáliz superior, medio y pelvis renal. Se decide manejo quirúrgico, se lleva a nefrectomía radical derecha abierta + linfadenectomía paracava e hilar 13 días después de consultar, se descarta intraoperatoriamente trombo en vena renal, cirugía sin complicaciones.

La patología reporta: masa de 5cm, carcinoma de células renales Fuhrman 2, no compromiso de capsula, no grasa perirrenal, no seno renal, no invasión linfovascular. Bordes de sección de vena, arteria y uréter negativos. Nódulo suprarrenal: hiperplasia adrenal cortical, inmunohistoquímica negativa para cromogranina, RCC, Inhibina y Sinaptofisina. Dieciséis ganglios negativos para carcinoma. Durante el seguimiento no se observan lesiones de recaída en las imágenes de control.

Consulta el 20 de febrero de 2017 por melenas, dolor abdominal y lumbar, se encuentra hemoglobina en 5.1 por lo que se hospitaliza para estudios y manejo. Se realiza endoscopia de vías digestivas altas el mismo día de su llegada a urgencias, encontrando masa dependiente de la papila duodenal de la cual se toma biopsia y se ordena resonancia magnética nuclear de abdomen y colangiografía con contraste para caracterizar dicha masa. El 22 de febrero de 2017 se encuentra imagen de masa de 60 x 54 mm que infiltra la segunda porción del duodeno sugestiva de recidiva tumoral en lecho renal sin plano de clivaje con la vena cava, dado el sangrado importante del paciente es llevado a embolización selectiva por parte de radiología intervencionista de la lesión del duodeno. En estudios de extensión se encuentran nódulos

pulmonar apical derecho de 15 × 8 mm por lo que se solicita concepto a cirugía de tórax, quienes consideran posible metastasectomía una vez se halla controlado el primario. Se presenta paciente en junta entre servicio de urología y cirugía gastrointestinal decidiendo manejo quirúrgico con pancreatoduodenectomía + resección de recidiva tumoral en fosa renal.

Es llevado el 16 de marzo de 2017 a resección de masa de lecho renal por parte de urología + pancreatoduodenectomía + resección de píloro + pancreatoyeyunostomía termino-terminal + hepaticoyeyunostomía termino-lateral + gastroyeyunostomía laterolateral. Tiempo total de cirugía: 13 horas, sangrado total: 4000 cc. Transfusión de 7 UGRE intraoperatorias.

Reporte de patología: Biopsia masa duodenal: positivo para compromiso por carcinoma de células claras ulcerado. Inmunoperfil positivo para queratina AE1-AE3, vimentina, PAX8 y CD10, negativo para: RCC, CD56, DOG y cromogranina. Producto de Pancreatoduodenectomía: compromiso duodenal transmural y de los tejidos blandos adyacentes por carcinoma renal de células claras Fhurman 2, ganglios linfáticos peripancreaticos #21 libres de tumor.

Paciente con evolución lenta pero favorable en su postoperatorio, se le da egreso a los 57 días. Asiste a control ambulatorio el 17 de mayo de 2017 en buen estado general.

Caso 2

Paciente femenina de 38 años quien asiste a consulta de ginecología - oncológica el 10 de marzo de 2017, con antecedente reciente de masa ovárica bilateral manejada con ooforectomía bilateral + salpingectomía + omentectomía el 19 de mayo de 2016 extrahospitalaria. Trae reporte de patología que refiere: adenocarcinoma de células claras. Reporte de tomografía de abdomen que reporta: Gran masa heterogénea dependiente de región interpolar y polo inferior del riñón derecho de 91 × 90 × 100mm, signos de extensión al hilio sin trombosis vascular; esa lesión muestra importante patrón de circulación colateral perirrenal y escaso líquido en fosa hepatorenal. Anexo derecho aumentado de tamaño con presencia de imagen hipodensa de 40 × 35mm con nódulo mural posterior solido de 13 × 18mm; moderada cantidad de líquido en fondo de saco. Antecedente de hipertensión arterial. Se indica valoración por urología.

Es valorada por urología el 19 de abril de 2017, donde se considera tumor renal derecho cT2BNxMx y antecedente de masa ovárica derecha con patología extrahospitalaria que reporta adenocarcinoma de células claras por lo que se decide llevar a cirugía. Se realiza Nefrectomía radical derecha el día 11 de mayo de 2017 con los siguientes hallazgos: tumor renal derecho cT2bNxM0 de predominio en polo inferior de aproximadamente 10cm, evidencia de dos venas gonadales, una arteria y una vena renal. sangrado 100 cc.

Reporte de patología Nefrectomía 22/05/17: Carcinoma renal de células claras, Fuhrman/WHO-ISUP 2, con compromiso de la capsula renal y extensión a la grasa perirrenal. Invasión de la vena renal presente. Borde de sección de vena renal, arteria renal

y uréter libre de tumor - riñón no tumoral con zonas de nefritis intersticial. Glándula suprarrenal de histología usual negativo para compromiso tumoral.

Se realiza revisión de la patología extra institucional revisión 17/04/17 caso 5227-16 rotulado como ovario derecho, ovario izquierdo, trompa derecha y epiplón:

1. ovario derecho - ooforectomía: compromiso por carcinoma de células claras. Tamaño tumoral 7.5 × 7 cm. Sin compromiso de la capsula ni superficie ovárica.
2. ovario izquierdo - ooforectomía: compromiso por carcinoma de células claras. Tamaño tumoral 9 × 7.5 cm. sin compromiso de la capsula.
3. trompa derecha - salpingo-ooforectomía: histología esencialmente normal, negativo para compromiso tumoral.
4. epiplón: negativo para compromiso tumoral.

Estudios de inmuno-histoquímica en material de la m1853-17, correspondiente a producto de ooforectomía bilateral:

- Compromiso por carcinoma de células claras de origen renal; estudios de inmunohistoquímica positivos con RCC, VIMENTINA, CD10, PAX-8 Y CITOQUERATINA AE1/AE3; fueron negativos CK7, NAPSINA Y MESOTELIO.

Se considera paciente con diagnóstico de carcinoma de células claras FUHRMAN/WHOISUP 2, PT3aNxMx, con revisión de inmunohistoquímica de lesión de ovario que evidencia compromiso por tumor renal con tomografía de abdomen de abril de 2017, prequirúrgica que evidencia lesión residual a nivel del ovario derecho por urología consideramos que el tratamiento quirúrgico del ovario con citorreducción es el ideal para la paciente, dado que en los tumores renales, la citorreducción mejora significativamente el desenlace oncológico, se envía de forma urgente a ginecología. La paciente es valorada por ginecología quienes la programan para salpingulectomía bilateral + histerectomía total.

Caso 3

Paciente masculino de 70 años quien consulta extra institucionalmente por crecimiento testicular derecho, realizan orquiectomía radical derecha cuya patología reporta: "testículo derecho: carcinoma de células claras cuyo inmunoperfil favorece origen metastásico del riñón." Revisión de inmunohistoquímica positivo para CD 10 y VIMENTINA el 24 de Abril del 2015. Se realizan estudios al paciente encontrando tumor renal derecho con pérdida del plano de clivaje con el segmento hepático vi, con lesión metastásica en glándula suprarrenal del mismo lado y adenomegalias infiltrativas a la altura del hilio hepático, posible trombosis de vena cava inferior, compromiso metastásico ganglionar mediastinal, compromiso metastásico pulmonar de todos los segmentos y riesgo intermedio según Motzer. Se considera tumor renal derecho cT4NxM1 de riesgo intermedio con intención inicial de manejo quirúrgico pero por anemia y trombocitopenia se decide iniciar terapia blanco. Posteriormente se realiza endoscopia de vías digestivas

altas por presencia de síntomas dispépticos, se observa lesión duodenal de la cual se toma biopsia.

Patología reporta: duodeno positivo para compromiso por carcinoma renal de células claras, ulcerado, inmunoperfil: positivo para QUERATINA AE1-AE3, CD10 Y PAX 8. Negativo para: QUERATINA 7, QUERATINA 20, RCC. Paciente continúa en seguimiento.

Caso 4

Paciente masculino de 64 años llevado a nefrectomía radical izquierda en mayo de 2013 por hallazgo de masa renal con sospecha tumoral. Reporte de patología: masa renal izquierda en polo superior que compromete polo superior y medio. Lesión en meso colon transversa de 5 cm lineal. Carcinoma de células renales tipo células claras, Fuhrman 2, con evidencia de invasión vascular linfática. Capsula renal y tejido adiposo maduro perirrenal libre de tumor. Bordes y glándula suprarrenal izquierda libres. Posteriormente se realizan estudios de extensión donde se documenta compromiso pulmonar y mediastinal.

Posteriormente, se observan lesiones en piel a nivel de mentón, axila y temporal derecha, se realiza biopsia de piel que reporta: compromiso por carcinoma ricamente vascularizado con componente de célula clara, descartar origen metastásico. Se considera carcinoma de células claras estadio clínico IV, pT2aN0M1 (-Fig. 1).

Durante el estudio patológico, el marcado componente vascular de la lesión tumoral dificulta su adecuada valoración, por lo que se realiza inmunohistoquímica encontrando fuerte reactividad para AE1AE3 alrededor de los grandes espacios vasculares presentes, el RCC muestra reactividad discreta en las paredes vasculares así como el CD10 muestra marcación alrededor de pared vascular. Hay además fuerte reactividad para vimentina, P63 negativo, CK5/6 negativo, EMA negativo. Posteriormente se realiza inmunohistoquímica que muestra tumor vascular sugestivo de granuloma telangiectásico, bordes de resección positivos. Es valorado por oncología y dermatología quienes consideran iniciar manejo con sunitinib. Actualmente, está en manejo con inhibidor tirosinasa y con una buena respuesta al manejo instaurado.

Caso 5

Paciente masculino de 78 años, valorado en servicio de urgencias en diciembre de 2014 por cuadro de varios años



Fig. 1 Lesión cutánea, metástasis a piel. (Autorizada por el paciente).

de evolución, caracterizado por dolor lumbar y en flanco derecho, el cual empeora desde hace 4 meses, por lo cual inicia seguimiento con urología en ciudad de origen, realizándole ecografía en la cual encontraron masa renal derecha, por lo cual solicitaron tac abdominal que tiene pendiente. Acude a urgencias por presentar hematuria macroscópica y síntomas urinarios obstructivos bajos. Antecedente de tabaquismo pesado.

Se realiza tomografía abdominal que muestra: Masa renal derecha de 86 × 80 × 101 mm con compromiso ganglionar en el hilio renal, que mide 24 × 26 mm, que ejerce efecto compresivo sobre la vena renal izquierda y la vena cava superior sin presenta un claro plano de clivaje con esa última. Tomografía de tórax negativo para metástasis.

Se decide llevar a cirugía, se realiza nefrectomía radical derecha abierta + trombectomía cava en febrero de 2015 con hallazgos: tumor renal de 9 cm que compromete el hilio renal, con trombo en vena renal derecha con hallazgos sugestivos de compromiso de la pared de la vena renal.

Reporte de patología producto de nefrectomía derecha:

1. Carcinoma renal de células claras, Fuhrman 2, sin compromiso de la capsula renal, ni extensión a la grasa perirrenal o del seno renal, con invasión de la vena renal, borde de sección de vena renal con compromiso por el tumor, bordes de sección de uréter y arteria renal sin compromiso por el tumor. pT3a Nx Mx.
2. "Pared de vena con trombo": infiltración por el tumor.
3. "Trombo" enviado: fragmentos sueltos de lesión tumoral.

Paciente posteriormente presenta cuadro de 6 meses de evolución de masa en cuello por lo que es valorado por cirugía de cabeza y cuello quienes indican lesión cervical dependiente de lóbulo izquierdo tiroideo, se ordena tac de cuello, BACAF y cita control con resultados.

Resultado Patología: 2 de septiembre 2015: Nódulo en lóbulo izquierdo, glándula tiroides. Estudio citológico del ACAF: maligno: carcinoma papilar de tiroides (Bethesda 2010 - categoría IV)

Es llevado a tiroidectomía total el 13 de enero del 2016, reporte de patología: glándula tiroides. Tiroidectomía:

- Carcinoma papilar de tiroides de variante solida (90%) y folicular difusa (10%), nódulo tumor de 4,5 cm a nivel del lóbulo derecho con extensión a los tejidos blandos peritiroideos en contacto focal con la tinta china (inmunohistoquímica: PAX8 +, TYR +, HMBE1 +, GALECTINA3-, TTF1, CK7 +, CK20-, RCC-, CD10-, PTH-)
- Metástasis de carcinoma de células renales de tipo células claras a lóbulo derecho, istmo y lóbulo izquierdo (inmunohistoquímica: PAX8, TYR-, TTF1-, HMBE1-, GALECTINA3-, PTH-, CK7-, CK20-, CD10 DIFUSO, RCC FOCAL EN 1 BLOQUE)

Caso 6

Paciente femenina de 64 años quien asiste a consulta de mastología en junio de 2016 por cuadro clínico de 6 meses de evolución de masa palpable en seno izquierdo que ocasionalmente produce dolor, niega crecimiento de la misma, no secreción por pezones, no antecedente de cáncer

de seno en la familia. Antecedentes ginecológicos G4P2A2, Menopausia a los 40 años. Hipertensa en manejo con verapamilo, dislipidemia en manejo con lovastatina. Asiste a consulta con mamografía que muestra masa en seno izquierdo de 23 mm no presente en mamografía de 2014. Ecografía mamaria con masa de contornos irregulares de 15 × 14 × 14 mm. Al examen físico mamas simétricas, pendulares, en seno izquierdo se palpa masa irregular dura, móvil de 3 cm de diámetro, no se palpan adenopatías. Se indica Biopsia trucut, la cual se realiza en septiembre de 2016, la histología muestra proceso inflamatorio crónico linfocitario, no se identifica tejido mamario. Se decide llevar a cirugía ante la sospecha de cáncer.

Se lleva a cuadrantectomía superior izquierda de mama izquierda, con hallazgos: masa interlinear superior izquierda de 3 cm de diámetro en mama izquierda. Reporte de patología muestra: compromiso por neoplasia de células claras. Inmunohistoquímica: S100 negativo, AE1/AE3 positivo difuso, CAM 5.2 positivo, K7 negativo, K20 negativo, GATA 3 negativo, RCC positivo, PAX8 positivo, CD10 positivo, TTF1 negativo. Diagnóstico: compromiso por carcinoma metastásico de células claras de probable origen primario renal. Se envía a valoración por urología.

Es valorada en consulta de urología con reporte de TAC de abdomen que muestra masa que compromete riñón derecho y lo reemplaza en su totalidad con necrosis central, no aparenta compromiso vascular. Se indica nefrectomía radical abierta. Se realiza cirugía el día 20 de Mayo de 2017 con hallazgos: Masa hipervascularizada que compromete todo el riñón derecho de 15 cm de diámetro sin compromiso vascular. Una vena y dos arterias renales, uréter dilatado ligeramente.

Patología 22/mayo/17: Carcinoma de células renales tipo células claras, Fuhrman 3, 10 × 6 cm, invasión vascular presente, compromiso capsular presente y extensión a grasa perirrenal adyacente. Seno renal con compromiso tumoral. Elementos del hilio renal a nivel del borde de sección. Trombo tumoral en vena renal. Uréter a nivel del borde de sección

negativo para tumor. Glándula suprarrenal negativa para tumor. Se considera paciente con paciente con cáncer renal – carcinoma de células claras derecho pT3aNOM1.

Durante el seguimiento de la paciente, se documenta masa en región occipital de 1 año de evolución con crecimiento progresivo, es valorada por cirugía plástica quienes encuentran de masa de 4 × 5 cm exofítica sobre línea media, con una lesión satélite hacia cauda y otra hacia lateral izquierda. Se indica resección de la masa. Es llevada a cirugía el día 02/Agosto/16 con los siguientes hallazgos: lesión indurada, exofítica con piel cabelluda adelgazada, muy irrigada al realiza exéresis, color pardo. Se resecan lesiones satélites.

Patología del 03/septiembre/16 refiere: aspecto histológico de lesión metastásica con componente de células claras. Inmunohistoquímica: diagnóstico de metástasis por tumor de células claras de probable origen renal.

Marcadores: EMA, CAM 5.2, CD10 y RCC positivos. CEA, CK5/6, P63, S100, GCDP-15, Mamoglobina, CK7, CK20, TTF1, Melan A y Sinaptofisina negativos.

Discusión

Los patrones de metástasis en carcinoma renal no se han definido con precisión,¹ los sitios de mayor incidencia de metástasis basados en el estudio poblacional de Bianchi y col., son: pulmón, ganglios, hueso, hígado, adrenal y cerebro, los demás sitios se consideran raros y no se sospechan fácilmente hasta que producen síntomas, y en la mayoría de las ocasiones, ellos son el motivo de consulta para iniciar la investigación y hallar el primario.³ El carcinoma de células renales presenta extensión a dos niveles: local (invasión de glándula suprarrenal por contigüidad, grasa perirrenal, vena renal, vena cava) y a distancia (principalmente a través del sistema venoso, también vía arterial o linfática).²

En este trabajo se encuentran pacientes en los cuales se realizó primero la resección de la metástasis y con base en los hallazgos histológicos de este espécimen se indicó la búsqueda de un posible primario renal dada la naturaleza de células claras

Table 1 Características generales

Paciente	1	2	3	4	5	6
Edad (años)	58	38	70	64	78	64
Genero	Hombre	Mujer	Hombre	Hombre	Hombre	Mujer
Metástasis	Duodeno	Ovario	Testículo Duodeno	Piel	Tiroides	Ovario Piel
Antecedentes	HTA -Tabaquismo	HTA	HTA, Ulcera gástrica	HTA	Tabaquismo	HTA Dislipidemia
Fuhrman	2	2	ND	2	2	3
Estadio	pT1b	pT3a	cT4	pT2a	pT3a	pT3a
Tamaño tumoral	5 cm	10 cm	10 cm	5 cm	9 cm	10 cm
Motzer	Intermedio	Favorable	Intermedio	Favorable	Favorable	Favorable
Manejo	Cirugía	Cirugía	Terapia Blanco	Cirugía y terapia blanco	Cirugía	Cirugía

encontrada en la patología del espécimen resecado. En otros casos, se encontró de manera inicial, el tumor primario renal y durante el seguimiento de los pacientes se manifestaron las diferentes metástasis. El estudio mayormente utilizado fue la tomografía abdominal contrastada como herramienta de elección para la identificación y definir la conducta con respecto al primario renal (► **Table 1**).⁴

Las edades tempranas han sido clásicamente relacionadas con mayor agresividad y diseminación de la enfermedad, como vemos en nuestro estudio encontramos un promedio de edad de 62 años, con alta tasa de diseminación, además de tener masas de mayor tamaño al momento del diagnóstico, ello corroborado por un promedio de 8,2 cm en el diámetro mayor de los tumores renales de los pacientes. El tabaquismo y la hipertensión arterial están presente en el 100% de los pacientes, confirmando no solo la relación con la aparición de la enfermedad, sino también pudiendo plantearse la hipótesis de aumentar el riesgo de metástasis.⁵

Se observa que el 50% de los pacientes tienen compromiso de la vena renal, lo que nos plantea la posibilidad de relacionar ese compromiso con mayor incidencia en diseminación, que estaría en concordancia con la literatura, la cual muestra un mayor estadio tumoral y específicamente menciona el compromiso de la vena renal como factor de riesgo para diseminación y peores desenlaces.

El manejo en la mayoría de los pacientes, fue la cirugía con intención citorreductora con el fin de eliminar el primario y en lo posible, realizar metastasectomías de los sitios de diseminación, logrando en 5/6 casos liberar al paciente de la enfermedad, y en algunos casos continuar con terapia blanco a modo de adyuvancia.

Para finalizar, vale la pena recalcar el grado histológico nuclear como un factor asociado a la mayor diseminación de

la enfermedad, en este trabajo que observa que el Fuhrman 2 es el de mayor prevalencia, lo que está respaldado por las series descriptivas en cáncer renal, las cuales muestran ese grado histológico como el más prevalente.

Conclusiones

El carcinoma de células claras, es una enfermedad sin patrones definidos de metástasis. En este trabajo, buscamos mostrar las metástasis poco usuales encontradas en un centro de 4 nivel especializado en oncología, con el fin de vislumbrar posibles factores asociados a esas metástasis. Consideramos que la edad, el tabaquismo, el grado histológico, la invasión de la vena renal, el tamaño tumoral y el estadio, pueden ser factores predisponentes para ese comportamiento.

Bibliografía

- 1 Sountoulides P, Metaxa L, Cindolo L. Atypical presentations and rare metastatic sites of renal cell carcinoma: a review of case reports. *J Med Case Reports* 2011;5:429
- 2 Hsieh JJ, Purdue MP, Signoretti S, et al. Renal cell carcinoma. *Nat Rev Dis Primers* 2017;3:17009
- 3 Bianchi M, Sun M, Jeldres C, et al. Distribution of metastatic sites in renal cell carcinoma: a population-based analysis. *Ann Oncol* 2012;23(04):973–980
- 4 Pérez Fentes DA, Blanco Parra M, Toucedo Caamaño V, Lema Grille J, Cimadevila García A, Villar Núñez M. Carcinoma renal metastásico de localización atípica. Revisión de la literatura. *Actas Urol Esp* 2005;29(07):621–630
- 5 Arroyo C, Palacios P, Uribe N, Barrera M, Feria G. Metástasis poco frecuentes del carcinoma renal. *Gac Med Mex* 2005;141(06): 543–546