

CASO CLÍNICO

Metástasis de carcinoma de células claras de riñón a bazo

Shuck-Bello C.E.,¹ Morales-Montor G.,¹ Fernández-Orozco A.,¹ Vázquez-Ortega L.S.,¹
Cantellano-Orozco M.,¹ Pacheco-Gahbler C.,¹ Calderón-Ferro F.,¹ Parraguirre S.²

RESUMEN

El carcinoma de células renales (CCR), también llamado hipernefroma, tumor de células claras o tumor de Growitz, es una de las neoplasias más frecuentes del adulto.¹ En Estados Unidos, cada año se reportan 31 000 casos nuevos, con mortalidad de 2.3%, 30% con enfermedad metastásica al momento del diagnóstico, y 20-50% con metástasis después de la nefrectomía, que pueden presentarse entre 10 meses y 22 años.² Las metástasis más frecuentes son: pulmón (36%), óseas (18%), hígado (8%) y cerebral (8%). Las metástasis inusuales corresponden a 10% (páncreas, piel, intestino, tiroídes, senos paranasales, traquea y bronquios, nariz, mama, etcétera). En la literatura mundial sólo se han reportado cinco, pero ninguno en México.⁵ En esta revisión se presenta el caso de un paciente masculino de 74 años a quien se le realiza nefrectomía por CCR con desarrollo de metástasis esplénica 15 años después del tratamiento.

Palabras clave: carcinoma, metástasis, bazo.

SUMMARY

Renal cell carcinoma (CCR) also named hypernefroma, clear cell tumor or Growitz tumor is one of the most frequent neoplasms in adults. There are 31 thousand new cases reported in US every year, with a 2.3% mortality rate; 30% with metastatic disease at diagnosis, 20-50% after nephrectomy. The most frequent locations are lung (36%), bone (10%), liver (8%), brain (8%), and 10% of unusual metastases (pancreas, skin, small bowel, trachea, nose and breast). There are 5 cases in world literature but none in México. We present the case of a 74 year old male that underwent nephrectomy for CCR with development of spleen metastases after 15 years of treatment.

Key words: carcinoma, metastases, spleen.

1 División de Urología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México. 2 División de Anatomía Patológica, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México.

Correspondencia: Hospital General "Dr. Manuel Gea González", División de Urología, Secretaría de Salud. Calzada de Tlalpan 4800, Col. Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, CP 14000. Tel.: 5665-3511; fax: 5665-7681.

ANTECEDENTES

El carcinoma de células renales (CCR) es un padecimiento frecuente. En Estados Unidos se reportan 31,000 casos nuevos al año, con una mortalidad de 2.3%;¹ es más común en varones que en mujeres, en una proporción de 1.5:1. La mayoría de los casos ocurren entre los 50-70 años de edad.² La presentación clásica es dolor, hematuria y masa palpable en flanco que se observa en 9% de los pacientes.

Otros síntomas frecuentes incluyen hematuria (59%), dolor (41%), fiebre (7%), anemia (21%), pérdida ponderal (33%).^{1,2} En la actualidad, 40% de los casos son diagnosticados de forma incidental con USG abdominal.^{1,3}

La sobrevida promedio del carcinoma renal es de 6-12 meses, con una sobrevida de dos años en 10-20% de los pacientes.⁴ Al momento del diagnóstico, cerca de 30% se presenta con enfermedad metastásica. Una característica importante de este padecimiento es la aparición de enfermedad metastásica posterior al tratamiento quirúrgico, que ocurre en 20-50%, dentro de las cuales sobresalen las de pulmón (36%), óseas (18%), hígado (8%), cerebral (8%). Las metástasis menos comunes (páncreas, piel, intestino, tiroides, senos paranasales, traquea y bronquios, nariz, mama, etcétera) abarcan hasta 10%.⁵ Las metástasis a bazo son raras, pero pueden presentarse décadas después de la nefrectomía; por lo general, son de crecimiento lento y de bajo potencial de malignidad. Con frecuencia

son sincrónicas con otras metástasis, pueden diagnosticarse en necropsias hasta 22 años después de la cirugía.^{4,5}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 74 años de edad, con antecedente de absceso hepático amibiano hace 15 años, hidrocelectomía hace 14 años, nefrectomía radical derecha en 1991 por tumor de 8x7 cm (**Figura 1**), con reporte histopatológico de carcinoma de células claras, Furhman II; 16 ganglios con hiperplásia mixta, suprarrenal sin alteraciones. A los 15 años de seguimiento con TAC abdominal se observa imagen compatible con masa sólida en bazo, que ocupa aproximadamente 60% del parénquima, calcificaciones múltiples, aspecto heterogéneo sugestiva de patología metastásica (**Figura 2**). Se realiza resonancia magnética (RMN) como estudio de extensión que confirma masa única dependiente de bazo (**Figuras 3a y 3b**). Se practica en 2006 esplenectomía por vía laparoscópica, que por dificultades técnicas se convierte a esplenectomía a cielo abierto, obteniendo pieza quirúrgica que ocupa aproximadamente 70% del bazo, de consistencia sólida, color amarillo, lobulada (**Figura 4**). Se tiñe con hematoxilina y eosina (**Figura 5**), así como tinciones especiales de proteína S100 y CD 68 (**Figuras 6a y 6b**), corroborando el diagnóstico histopatológico de carcinoma

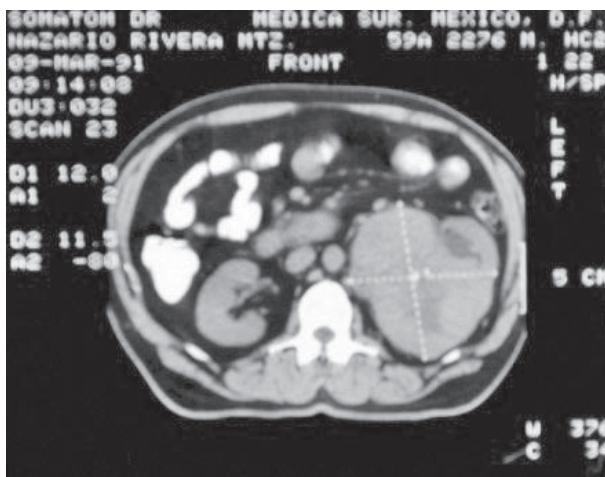


Figura 1

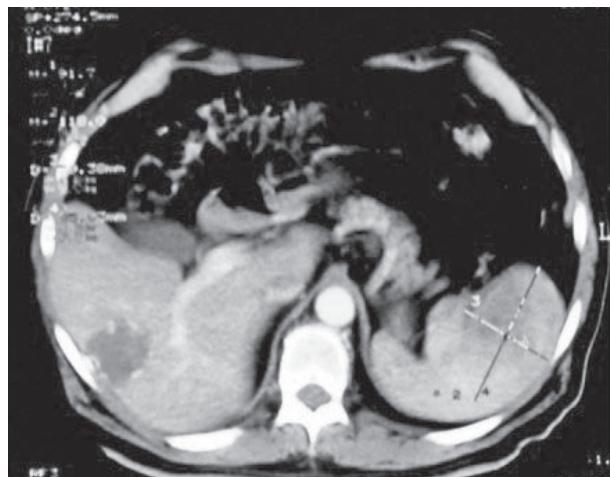


Figura 2



Figura 3a

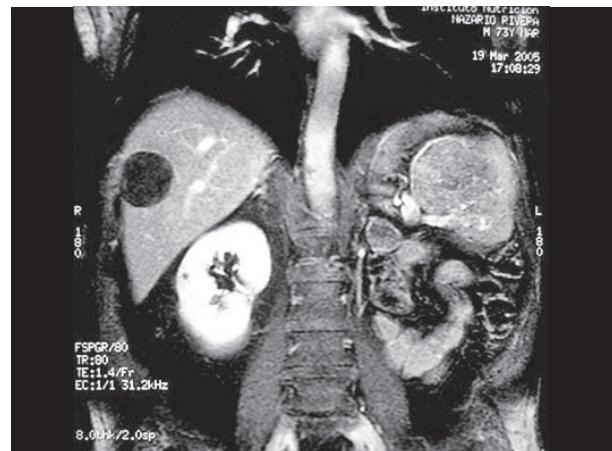


Figura 3b

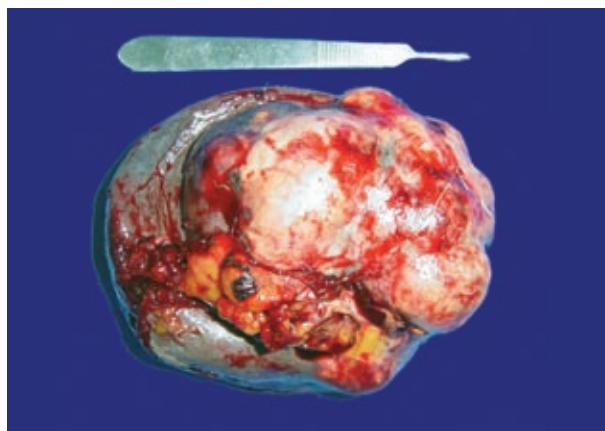


Figura 4a



Figura 4b

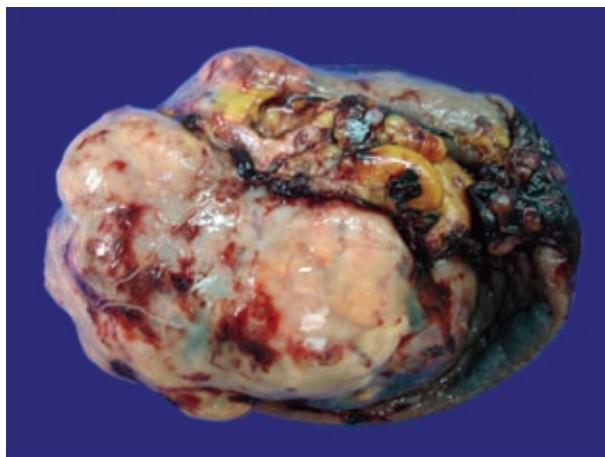


Figura 4c

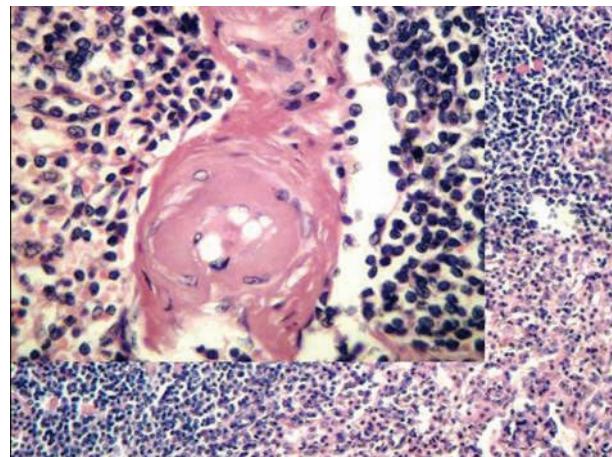


Figura 5. Hematoxilina-E.

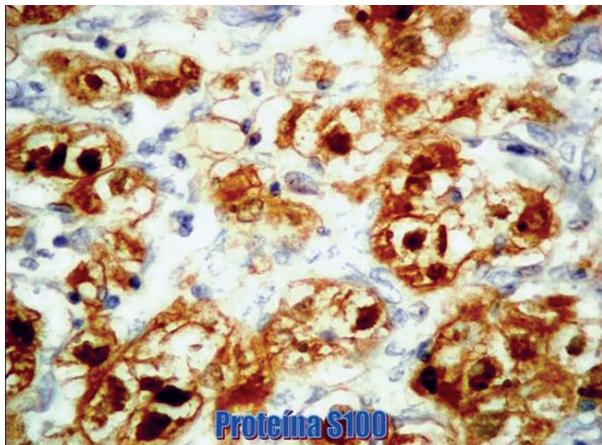


Figura 6a. Tinción Proteína S100.

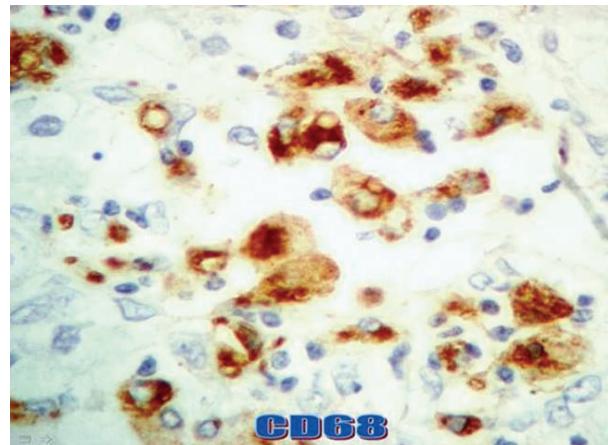


Figura 6b. Tinción CD68.

de células claras de riñón metastásico. Presenta buena evolución en posoperatorio inmediato, es egresado por mejoría, actualmente asintomático y en buenas condiciones.

DISCUSIÓN

Aproximadamente 30% de los pacientes con CCR se presentan con metástasis al momento del diagnóstico y la recurrencia subsecuente es de alrededor de 60%. El pulmón es el sitio más común de metástasis. Existen sólo cinco casos reportados en la literatura mundial, pero ninguno en México.⁴ Es habitual que las metástasis de un carcinoma renal afecten a órganos no frecuentes después de los 10 años. En bazo se reporta una presentación de entre 10 meses y 22 años posteriores a la nefrectomía en la literatura consultada.^{5,6}

De los cinco casos reportados, tres son sincrónicos con otras metástasis (pulmón), y sólo dos metástasis únicas como en el caso presentado, con buena evolución posterior a la esplenectomía.⁷ Es frecuente el diagnóstico como hallazgos en las necropsias. En una revisión de 6,451 pacientes se encontraron 166 metástasis a bazo (2.57%).⁶ Se reporta la rareza de éstas debido a la fisiología del bazo como contracciones rítmicas, fagocitosis y acción inmune antineoplásica del bazo, características anatómicas de ángulo agudo de la arteria esplénica y vasos linfáticos aferentes escasos.⁷

Respecto al tratamiento de este padecimiento la quimioterapia es sólo efectiva en 10% de los pacientes. La terapia con interferon con una respuesta entre 16.3-17.7% a diferencia de la nefrectomía que a demostrado mejoría en el pronóstico y mayor intervalo libre de enfermedad después de resección completa.¹

CONCLUSIONES

El desarrollo de cáncer renal se ha relacionado con el tabaquismo, con dietas ricas en grasa, colesterol, obesidad y exposición a ciertos solventes. Ocurre de forma esporádica y en ocasiones es hereditaria.¹⁻⁴ Su localización es más frecuente en los polos, de predominio en el superior. Se destacan por su capacidad para invadir la vena renal e incluso la vena cava. El tipo celular más frecuente es el de células claras (70%), papilar (15%), células granulosas y una variante sarcomatosa.¹

Cerca de 10% de las metástasis del CCR son en sitios inusuales y pueden presentarse décadas posteriores a la nefrectomía. Las más frecuentes son la de pulmón (36%), óseas (18%), hígado (8%), cerebral (8%), mientras que las metástasis inusuales (páncreas, piel, intestino, tiroides, senos paranasales, traquea y bronquios, nariz, mama, etcétera) abarcan 10%. Aunque la presencia de metástasis al bazo es una patología rara y hay muy pocos casos reportados en la literatura

mundial es importante mantener seguimiento en los pacientes con tumores dependientes de riñón, especialmente a largo plazo para identificar este padecimiento y dar tratamiento oportuno.

Consideramos que el tratamiento más adecuado es la esplenectomía, ya que ha demostrado la resección completa de la enfermedad, siempre y cuando se encuentre confinada al bazo, lo que resulta en mejor sobrevida y mayor periodo libre de enfermedad.^{3,4}

BIBLIOGRAFÍA

1. Golimbu M, Al-Askari, Tessler A, Morales P. Aggressive treatment of metastatic renal cancer. *J Urol.* 1986;136:805-7.
2. Tobisu K, Kakizoe T, Takai, Tanaka Y, Mizutami T. Surgical treatment of metastatic renal cell carcinoma. *Jpn J Clin Oncol.* 1990;20:263-7.
3. Strumm WB. Remote recurrence of renal cell carcinoma. *Urology.* 1984;23(1):68-70.
4. Pal KK, Guha D, Banerjee D. Early splenic metastasis in a case of renal adenocarcinoma. *J Indian Med Assoc.* 1995;93(7):276-7.
5. Murao Y, Kakikuchi T, Nakahashi H, Ashihara T. A case of renal cell carcinoma metastasized to the spleen after 10 years of nephrectomy. *Naike.* 1987;59:582-4.
6. Suzuki T, Sugaya K, Ogura Y, Shimoda N, Miyagata S, Nishizawa O, Katou T. A case of spleen metastasis of renal cell carcinoma. *Hinyokigeka. Jap J Urol Surg.* 1986;9:1079-81.
7. Tatsuta M, Shiozaki K, Masutani S, Hashimoto K, Imamura H, Ikeda M, Miya A, et al. Splenic and pulmonary metastases from renal cell carcinoma: Report of a case. *Surg Today.* 2001;31:463-5.