



CASO CLÍNICO

Lesión tumoral en pene como manifestación inicial de carcinoma de células renales

Díaz de León Nevárez CA,¹ Priego Niño A,¹ Ángeles Hernández JC,¹ Bieletto Trejo O,¹
Velarde Carrillo A¹ y Cortez Betancourt R¹

RESUMEN

Antecedentes: Entre 25-40% de los carcinomas de células renales (CCR), presentan metástasis a distancia al momento del diagnóstico. Los sitios más comunes de metástasis son: pulmón, hueso, hígado y cerebro. Las metástasis a pene son extremadamente raras.

Objetivo: Reporte de un caso de carcinoma de células renales con metástasis a pene como manifestación inicial.

Caso clínico: Masculino de 66 años de edad, el cual manifiesta presentar una lesión tumoral en el pene. A la exploración física se encontró una lesión nodular de 3 mm protruyendo del meato uretral, glándula indurada y dolor moderado. La biopsia reportó CCR. La tomografía reveló masa renal izquierda de 14 cm heterodensa con invasión a la fascia de Gerota y linfadenopatía extensa. Se propuso manejo quirúrgico paliativo, el paciente no aceptó dicho manejo, falleciendo 8 semanas después.

Conclusiones: Las metástasis a pene del carcinoma de células renales son muy raras y en el caso reportado esta metástasis como manifestación inicial implicó un mal pronóstico.

Palabras clave: carcinoma renal, tumor en pene, metástasis.

SUMMARY

Background: About 25-40% of renal cell carcinoma (RCC), present with distant metastasis at diagnosis. The common metastasis sites are lung, bone, liver and brain. Penile metastases are extremely uncommon.

Objective: Report a case of renal cell carcinoma with penile metastasis as initial manifestation.

Case: 66 year-old male, presented with a tumoral lesion in the penis. At the physical examination a 3 mm nodular lesion protruding the urethral meatus was found, indurated glans, and mild pain. The histological examination reports RCC. The tomography revealed a 14 cm left renal mass, heterodense, with Gerota's fascia invasion and widespread lymph node involvement. It was proposed palliative surgical approach; the patient didn't accept it, dying 8 weeks later.

Conclusion: The penile metastases from RCC are very unusual and in the reported case this metastasis as initial manifestation implied a poor prognosis.

Key words: renal carcinoma, penile tumor, metastasis.

¹ Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". Servicio de Urología. México D.F. ISSSTE.

Correspondencia: Dr. Carlos Adrián Díaz de León Nevárez. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE. Félix Cuevas Núm. 540, Col. Del Valle, México D.F., C.P. 3100. Teléfono: (55) 52 00- 50 03 exts. 14209 y 14280. Correo electrónico: sdiazcalabaza@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

Cerca del 30% de los pacientes con carcinoma de células renales (CCR), se presentan con metástasis a distancia al momento del diagnóstico. Los sitios de metástasis más frecuentes del CCR incluyen, el parénquima pulmonar (50 al 60%), hueso (30 al 40%), hígado (30 al 40%) y cerebro (5%).¹ Existen otros sitios poco comunes de metástasis, como páncreas, glándula suprarrenal y glándula parótida.²⁻⁴ Las metástasis a pene son extremadamente raras. Estos sitios inusuales de metástasis se asocian a estadios avanzados de la enfermedad o como sitios de recurrencia posterior a la nefrectomía radical.⁵ Enseguida, presentamos el caso de un paciente cuya primera manifestación de CCR fue una lesión metastásica en el pene.

REPORTE DEL CASO

Se trata de paciente masculino de 66 años de edad, quien acudió al servicio de urgencias por presentar una lesión en el glándula de 21 días de evolución. El paciente tiene antecedentes de tabaquismo crónico, alcoholismo intenso durante 25 años. Es portador de diabetes mellitus tipo 2 y tenía el antecedente de drenaje de absceso escrotal hacía 8 años.

Refirió que 3 meses antes de acudir a urgencias, inició con disestesia en el glándula hasta llegar a la anestesia tras un mes de evolución. Un mes antes de su ingreso, presentó estranguria y tres días después el chorro urinario se deformó en "regadera".

Una semana después notó una protrusión a través del meato uretral de aproximadamente 3 mm de diámetro, eritematosa, la cual aumentó de volumen progresivamente. Al momento de su ingreso, la lesión medía 8 mm (figura 1). El paciente negó dolor abdominal, hematuria o fiebre. Tenía una semana con astenia y adinamia. A la exploración física se encontró la lesión descrita, glándula indurada y con dolor moderado a la palpación y no se encontraron ganglios inguinales palpables.

Se realizó biopsia en cuña de la lesión, cuyo resultado histopatológico reveló carcinoma de células renales (figuras 2 y 3).



Figura 1. Lesión inicial con la que debuta el paciente. Nótese la afección en glándula y meato.

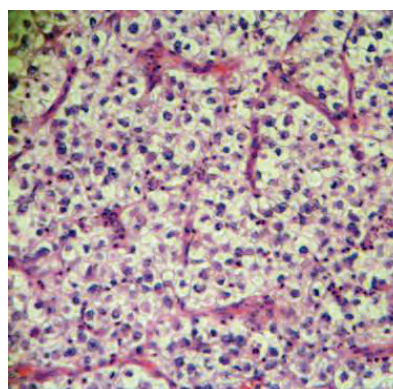


Figura 2. Tinción con hematoxilina-eosina, en la cual se observan nidos sólidos constituidos por células claras y escaso estroma con múltiples vasos de neoformación.

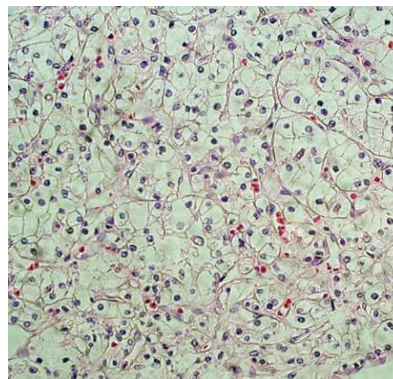


Figura 3. Preparación de PAS con diastasa con mayor aumento constatando la presencia de células claras y resaltando el escaso estroma vascular.

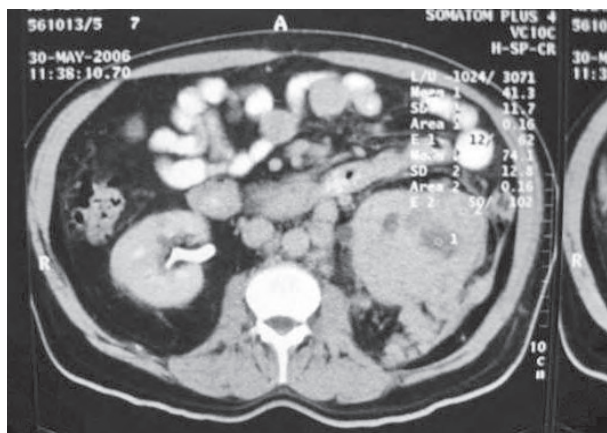


Figura 4. Tomografía axial computarizada en la cual se observa una masa renal izquierda, heterodensa, que invade la fascia de Gerota, con linfadenopatía local, revelando el origen del tumor primario.

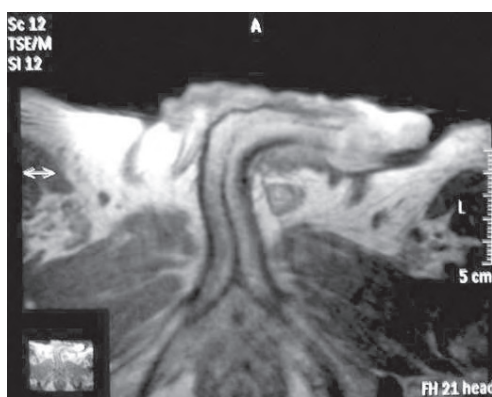


Figura 5. Imagen de resonancia magnética, donde se aprecia: lesión en glande, con afectación uretra distal, sin afectación aparente al cuerpo del pene.

En sus estudios complementarios se encontró con radiografía de tórax normal, pruebas de función hepática normales y sólo presentó anemia hipocrómica con hemoglobina de 11.4 g/dl y leucocitosis de 12,000.

Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) abdominopélvica encontrando, masa renal izquierda de 14 cm con áreas de necrosis y hemorragia, invasión a la fascia de Gerota y extensa linfadenopatía pararenal (**figura 4**). Se practicó una resonancia magnética para valorar la infiltración tumoral en el pene, en la cual se observó un tumor que invadía glande y uretra distal (**figura 5**).



Figura 6. Aspecto de la lesión al reingreso del paciente con datos de gran actividad tumoral y parafimosis secundaria.

Se propuso nefrectomía radical y penectomía parcial como procedimientos de tipo paliativo, sin embargo, el paciente no aceptó el manejo quirúrgico.

Seis semanas después, el paciente reingresó al hospital por presentar dolor incoercible en el pene, aumento de volumen de la lesión en pene muy importante (**figura 6**), el cual fue manejado por clínica del dolor.

El paciente evoluciona de manera tórpida. Presentó neumonía intrahospitalaria y el paciente fallece a los 10 días de su reingreso.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Las lesiones metastásicas a pene son inusuales. Alrededor de 200 casos han sido reportados en la literatura y representan una forma avanzada de la enfermedad, presentándose comúnmente después del diagnóstico del tumor primario y el inicio del tratamiento.⁶

El cáncer metastásico a pene reportadas con mayor frecuencia, se originan en la vejiga y son tumores de células transicionales.⁷ Las metástasis a pene del carcinoma de células renales son muy raras y a nuestro conocimiento, no encontramos antecedente de reporte previo en la literatura.

La incidencia de lesión metastásica solitaria es de 1.6 al 3.6%,⁸ y se ha propuesto en algunos estudios el manejo quirúrgico de dichas lesiones.⁹ No existe un criterio unánime respecto al tratamiento de lesiones metastásicas al pene, sin embargo, creemos que el manejo propuesto pudo haber mejorado la calidad de vida del paciente.

Este caso no tuvo buen pronóstico, debido a la presencia de factores pronóstico asociados; como la presencia de linfadenopatía locorregional y la gran angiogénesis evidente en los cortes histológicos.¹⁰

En nuestro caso particular, la presencia de dicha metástasis como manifestación inicial implicó un mal pronóstico, con el fallecimiento del paciente 8 semanas después del diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Novick AC, Campbell SC: Renal tumors. In Campbell's Urology. Eds. Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, and Wein AS. Eighth ed., 2003.
2. Faure JP, Tuech JJ, Richer JP, Pessaux P, Arnaud JP, Carretier M. Pancreatic metastasis of renal cell carcinoma: presentation, treatment and survival. *J Urol*. 2001;165:20-2.
3. Ertl CW, Darras FS. Solitary metachronous contralateral adrenal metastasis from renal cell carcinoma. *Urology*. 1999; 54(1):162.
4. Park YW, Hlivko TJ. Parotid gland metastasis from renal cell carcinoma. *Laryngoscope*. 2002;112(3):453-6.
5. Kassabian A, Stein J, Jabbour N, Parsa K *et al*. Renal cell carcinoma metastatic to the pancreas: a single-institution series and review of the literature. *Urology*. 2000; 56(2):211-5.
6. Lynch DF, Pettaway CA. Tumors of the penis. In Campbell's Urology. Eds. Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, and Wein AS. Eighth ed., 2003
7. Bordeau KJ, Lynch DF. Transitional cell carcinoma of the bladder metastatic to the penis. *Urology*. 2004;63(5):981-3.
8. Maldazys JD, deKernion JB. Prognostic factors in metastatic renal carcinoma. *J Urol*. 1986;136(2):376-9.
9. Kierney PC, van Heerden JA, Segura JW, Weaver AL. Surgeon's role in the management of solitary renal cell carcinoma metastasis occurring subsequent to initial curative nephrectomy: an institutional review. *Ann Surg Oncol*. 1994;1(4):345-52.
10. Méjean A, Oudard S, Thiounn N. Prognostic factors of renal cell carcinoma. *J Urol*. 2003;169(3):821-7.