

CASO CLÍNICO

Metástasis en fosa nasal como primer síntoma de un carcinoma renal

Metastasis in nasal cavity as first symptom of a renal carcinoma

MsC. Isel de la Caridad Bestard Hartman, MsC. Andrés Manuel de la Fé Soca, MsC. Yanilia de las Mercedes Ramírez Salinas, Dr. Jorge Palomo Luna, Dr. C. Celso Suárez Lescay

¹ Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

El carcinoma renal de células claras es el tipo histológico más frecuente. En el momento del diagnóstico, las metástasis están presentes en 25-30 % de los pacientes aproximadamente. La peculiar tendencia de dicho carcinoma a metastizar en localizaciones poco usuales, hace de este proceso oncológico un tumor primario a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las metástasis como primera manifestación de neoplasia. Se presenta un caso poco frecuente, con tumor en fosa nasal izquierda y epistaxis recidivante, secundaria a metástasis de carcinoma renal como primer síntoma.

Palabras clave: anciano, fosa nasal, epistaxis, metástasis, carcinoma renal, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

The renal carcinoma of clear cells is the most frequent histological type. Metastasis is present in approximately 25-30 % of the patients in the diagnosis. The peculiar tendency of this carcinoma to make metastasis in not very usual areas, makes of this oncological process a primary tumour to keep in mind in the differential diagnosis of metastases as the first neoplasia manifestation. A not very frequent case is presented, with tumour in the left nasal cavity and recurrent epistaxis, secondary to metastasis of renal carcinoma as first symptom.

Key words: aged person, nasal cavity, epistaxis, metastasis, renal carcinoma, secondary health care

INTRODUCCIÓN

El carcinoma renal de células claras es el tumor renal maligno más común (80 %), con origen en el túbulo proximal, denominado así por las características de las células, de citoplasma claro y por su alto contenido en lípidos y glucógeno. Entre los factores

causales más conocidos hay que distinguir los agentes externos carcinogénicos (tabaco, exposición al asbesto, productos del petróleo y metales pesados) y los factores genéticos hereditarios; también es más frecuente en la sexta y séptima décadas de la vida.¹⁻⁴

Según se plantea, en el momento del diagnóstico, de 26-30 % de los casos presentan diseminación de células neoplásicas.^{2, 4, 6} Por otra parte, las metástasis sistémicas del carcinoma de células renales afectan en 70 % a un solo órgano y solo de 2-3 % son únicas. Las localizaciones habituales para el asiento del proceso metastásico renal son: pulmón (67-76 %), ganglios linfáticos (40-60 %), hueso (42 %), hígado (41%), glándula suprarrenal (11-17 %) y sistema nervioso central (11%); en la fosa nasal es extremadamente raro.³⁻⁶

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de un anciano de 70 años, quien acudió a la Consulta de Otorrinolaringología del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba por presentar, desde hacía un mes, un tumor en la fosa nasal izquierda, acompañado de obstrucción nasal y epistaxis, lo cual se incrementaba con cierta rapidez.

- Antecedentes patológicos personales: insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Hábito tóxico: tabaquismo (durante 50 años)
- Examen físico
 - Rinoscopia anterior: Se observó una masa tumoral de aspecto polipoideo, rojiza, que ocupaba la fosa nasal izquierda y sangraba con facilidad. A los 15 días aparecieron lesiones similares en labio superior y en el cuero cabelludo (figura 1a y b).



Fig 1. A) Observe las lesiones tumorales metastásicas de un carcinoma renal en fosa nasal y labio superior; B) Se aprecian lesiones similares en el cuero cabelludo.

- Exámenes complementarios

- Hemograma completo: Hemoglobina: 115 g/L; Hematocrito: 0,38 L; Leucocitos: $10,8 \times 10^9$ L; Segmentados: 0,79 %; Eosinófilos: 0,02 %; Linfocitos: 0,19 %.
- Glucemia: 5,7 mmol/L
- Creatinina: 127 mmol/L
- Eritrosedimentación: 98 mm/h
- Coagulograma: Normal
- Ecografía abdominal (riñón derecho): Se observó una imagen compleja, de aspecto tumoral, hacia el polo inferior de dicho riñón, de 68 x 77 mm, sin dilatación pielocalicial y el resto del parénquima renal estaba conservado.
- Riñón izquierdo: Imágenes normales.
- Hígado: Tamaño normal y textura homogénea.
- Vesícula de tamaño y paredes normales, sin litiasis.
- Páncreas, bazo y glándulas suprarrenales: Sin alteraciones.
- Vejiga: Contornos regulares, con imagen de divertículo hacia la pared lateral y ausencia de líquido libre en la cavidad abdominal.
- Tomografía axial computarizada (TAC) del maxilar: Se visualizó una imagen hiperdensa de 50 UH en la fosa nasal izquierda, de 27 x 24 mm aproximadamente, la cual desplazaba el tabique nasal 6 mm hacia el lado opuesto y no infiltraba tejido óseo (figura 2).

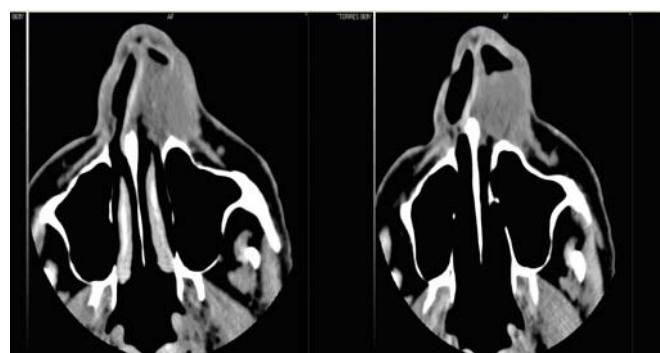


Fig 2. TAC que muestra la lesión tumoral metastásica en fosa nasal izquierda.

- TAC renal contrastada: Imagen hiperdensa de 59 UH en la proyección del polo inferior del riñón derecho, de 55 x 53 mm, que desplaza las estructuras excretoras. Ausencia de ganglios periaórticos.
- Riñón izquierdo: Normal.

Resultados de la biopsia: Metástasis de carcinoma de células claras (figura 3).

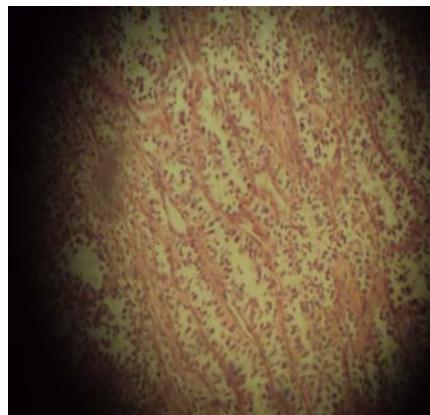


Fig 3. Biopsia por ponche de la lesión (metástasis de carcinoma de células claras).

COMENTARIOS

Las metástasis nasosinusales son extremadamente raras. Es más común encontrarlas, en los senos maxilares; los tumores primarios que más se relacionan con dichas metástasis son los carcinomas en células renales (50%), pulmón, mama, tractos genitourinario y gastrointestinal, así como en la glándula tiroidea, en ese orden.^{1-3,6} La incidencia en cabeza y cuello está presente en 8-16 % de los afectados.⁶

Resulta oportuno destacar que las metástasis nasosinusales de carcinoma de células renales se presentan generalmente en el contexto de enfermedad metastásica múltiple y solo en 1,3 -3,6 % de los casos son solitarios.² La vía de diseminación del émbolo tumoral del carcinoma renal hacia los senos paranasales y fosas nasales es hematogena.^{2,7}

Las manifestaciones clínicas de estas metástasis adolecen de especificidades y no se diferencian de las derivadas de los tumores primarios a este nivel. Al respecto, el primer síntoma relacionado con la metástasis precede en evidencia clínica a dichos tumores. El más común es la epistaxis, que se presenta hasta en 70 % cuando su origen es en el carcinoma renal, lo que contrasta con 30 % cuando la metástasis se deriva de otros tumores primarios.^{1,2,6,7}

Otras manifestaciones clínicas menos frecuentes son: obstrucción nasal (25 %), rinorrea purulenta y deformidad facial (15 %), así como algias faciales (5%), por citar algunas.^{1,2,6}

Aunque la mayoría de los casos descritos en la bibliografía médica corresponden a lesiones del tracto urogenital, prácticamente todos los tejidos son susceptibles de desarrollar tumores malignos con potencial metastásico hacia la región nasosinusal.¹

Mediante la endoscopia nasal se observan lesiones sólidas, granujientes y muy vascularizadas, en ocasiones responsables de epistaxis recidivantes "rebeldes" a los tratamientos hemostáticos convencionales. El estudio puede completarse mediante el

empleo de técnicas de imagen como la TAC y la RM, que ofrecen información sobre la localización y extensión hacia estructuras intracraneales, orbitarias o ambas.^{6,7}

La biopsia de la lesión es imprescindible para establecer el diagnóstico,^{1,2,6} pues el patrón histológico refleja células claras y/o de citoplasma granular con un componente vascular variable; no obstante, cuando las pruebas realizadas no informan sobre el origen de la metástasis nasosinusal, es obligatorio recurrir a los conocimientos estadísticos-epidemiológicos y localizar el tumor primario,^{8,9} que una vez identificado es preciso conocer el grado de desarrollo o avance, dado que el tratamiento depende del estado general de los afectados, así como del número y localización de la metástasis.^{2,6,8}

En los pacientes con buen estado funcional, metástasis solitaria y tumor renal que pueda ser operado, el tratamiento de elección es la resección quirúrgica, siempre que sea posible, sin que comprometa estructuras vitales.

La exéresis quirúrgica de la metástasis nasosinusal, asociada a radioterapia, ha permitido la supervivencia en algunos casos; sin embargo, el pronóstico suele ser desfavorable, pues resulta frecuente la presencia de extensión metastásica a otros órganos en un corto período.^{2,6}

En el caso de la metástasis sincrónica, las opciones terapéuticas son de carácter paliativo, en esta situación la elección de la cirugía es controvertida. Así, algunos autores abogan por la exéresis quirúrgica debido a que la radioterapia y la quimioterapia son poco eficaces.^{2,6}

De hecho, el pronóstico de los pacientes con carcinoma renal metastásico no tratado es infausto, con una supervivencia media de 5 % en 3 años. Hoy día se extiende el uso del interferón alfa solo o acompañado de otros inmunomoduladores, tales como: interleuquina-2, fluoruracilo y ácido 13- cis- retinoico.^{2,6}

Las metástasis de carcinoma renal en cabeza y cuello son raras y aún más las que aparecen en la cavidad nasal y en los senos paranasales, con muy mal pronóstico. Cuando su causa no está bien establecida es necesario brindar especial atención a la obstrucción nasal y la epistaxis, pues constituyen las formas más frecuentes de manifestarse una metástasis en esta localización. Si bien debe pensarse siempre en ellas como una posibilidad remota, puede realizarse un estudio profundo en todas las neoplasias de senos y fosas nasales, con especial hincapié en riñón, mama, pulmón, aparato gastrointestinal, tracto genitourinario y tiroides.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suárez D, Mesones G, Puche MJ. Metástasis nasal de tumor renal. Boletín ORL Uruguay [Internet]. 2009 [citado 12 Dic 2011]; 72. Disponible en: <http://www.octubre1.com/boletines/orl72/orl72.html>
2. Pavlovich CP, Schmidt LS. Searching for the hereditary causes of renal-cell carcinoma. Nat Rev Cancer. 2004; 4: 381-93.
3. Silverberg SG. Principles and practice of surgical pathology and cytopathology. 4ed. Barcelona: Churchill Livingstone; 2008.

4. Zijlstra P, Perticone L, Luzuriaga M, Irastorza C. Metástasis de adenocarcinoma renal en senos paranasales. [Internet]. [citado 12 Dic 2011]. Disponible en: http://www.hpc.org.ar/v2/v_art_rev.asp?gru=&npa=&id=605&offset=22
5. Lucena Navarro F, León Díaz FJ, Bravo Arenzana IM, Torres Sierra J, Vara Thorbeck C, Rivas Becerra J, et al. Cirugía laparoscópica en carcinoma de células renales con metástasis esplénica. Seclaendosurgery [Internet]. 2010 [citado 12 Dic 2011]; (30). Disponible en: http://www.seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=45&itemid=37
6. Carlos S, Duque Fisher CS, Casiano R, Vélez Hoyos A, Londono Bustamente A. Metástasis a la región nasosinusal. Acta Otorrinolaringol Esp. 2009; 60(6): 428-31.
7. Torres Muros B, Solano Romero JR, Rodríguez Baró JG, Bonilla Parrilla R. Adenocarcinoma renal metastásico en seno maxilar. Actas Urol Esp. 2006; 30(9): 954-57.
8. Pereira Arias JG, Ullate Jaime V, Valcarcel Martín F, Onaniel Pérez VJ, Gutiérrez Diez JM, Ateca Díaz Obregón R, et al. Epistaxis como primera manifestación de un adenocarcinoma renal diseminado. Actas Urol Esp. 2002; 26 (5): 361-5.
9. Zisman A, Pantuck AJ, Dorey F, Said JW, Shvarts O, Quintana D, Gitlitz BJ, et al. Improved prognostication of renal cell carcinoma using an integrated staging system. J Clin Oncol. 2001; 19(6): 1640-57.
10. Jeyakumar A, Brickman TM, Doerr T. Nasopharyngeal carcinoma. Ear Nose Throat J. 2006. 85(3): 168-73.

Recibido: 13 de septiembre de 2011.

Aprobado: 8 de enero de 2012.

Isel de la Caridad Bestard Hartman. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Punta Blanca s/n, Santiago de Cuba, Cuba.