

CASE REPORT

DOI: 10.15517/IJDS.2020.39553

Recibido:
16-VIII-2019

Lesión granulomatosa en encía insertada-metástasis de carcinoma renal de células claras. Presentación de caso

Aceptado:
22-X-2019

Publicado en línea:
6-XI-2019

Granulomatous Lesion in Inserted Gum-Metastasis of Renal Clear Cell Carcinoma. Case Presentation

Francisco Germán Villanueva Sánchez DDS, MSc, PhD¹; David Fonseca Lozada DDS²; Claudia Ivonne Rojas Sánchez DDS³; Lilia Haidé Escalante Macías DDS, MSc⁴

1. Coordinador del Servicio de Patología Oral y Maxilofacial de la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León de la Universidad Nacional Autónoma de México, México.
2. Profesor invitado del Servicio de Patología Oral y Maxilofacial de la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León de la Universidad Nacional Autónoma de México y práctica privada de cirugía bucal, México.
3. Práctica privada de estomatología, endodoncia y asistente de cirugía bucal, México.
4. Profesora de Endodoncia del pregrado de la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León de la Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Autor para correspondencia: Dr. en C. Francisco Germán Villanueva Sánchez
drvillanueva.enesunam@gmail.com

RESUMEN: A nivel mundial el carcinoma renal constituye el 3% de todas las formas de cáncer en el cuerpo humano. Su comportamiento biológico es variable dependiendo de la biología de cada individuo; tiende a realizar metástasis a sitios contiguos como glándulas suprarrenales, hígado, pulmón, hueso, ganglios linfáticos sin embargo la presentación a distancia en cavidad bucal es poco frecuente más aún en encía insertada. Las lesiones granulomatosas del periodonto incluyen granulomas piógenos, granulomas de células gigantes entre otros. El objetivo principal de este caso clínico es describir las características clínicas e histopatológicas de las metástasis a cavidad bucal como lesiones granulomatosas. Se presenta el caso de una paciente femenina de 60 años de edad con antecedente de carcinoma renal de células papilares en riñón derecho tratado mediante nefrectomía en el año 2017, en el año 2019 presenta metástasis a pulmón izquierdo y a cavidad bucal. En la actualidad se encuentra bajo protocolo de tratamiento para metástasis de células claras renales.

PALABRAS CLAVE: Lesión granulomatosa; Encía; Metástasis; Carcinoma renal; Células claras.

ABSTRACT: Worldwide, renal carcinoma constitutes 3% of all forms of cancer in the human body. Its biological behavior is variable depending on the biology of each individual; it tends to metastasize to contiguous sites such as adrenal glands, liver, lung, bone, lymph nodes, however, remote presentation in the oral cavity is less frequent, even in inserted gums. Granulomatous lesions of the periodontium include pyogenic granulomas, giant cell granulomas among others. The main objective of this clinical case is to describe the clinical and histopathological characteristics of oral cavity metastases as granulomatous lesions. The case of a 60-year-old female patient with a history of renal cell papillary carcinoma in the right kidney treated by nephrectomy in 2017 is presented, in 2019 she presented metastases to the left lung and oral cavity. It is currently under treatment protocol for renal clear cell metastases.

KEYWORDS: Granulomatous lesion; Gum; Mestastasis; Renal carcinoma; Clear cells.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células renales representa el 3% de todas las formas de cáncer en el mundo (1-10), el 90% de las neoplasias malignas renales en adultos (2,4,11) y constituye el 2% de todas las muertes por cáncer (1,4,12). Sin embargo, en México su incidencia aproximada es de 1.86% considerando todas las neoplasias malignas al año (5,13). Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino (5,10,12,14,15,16) en una proporción hombre-mujer 2:1 respectivamente y entre la quinta y séptima década de la vida (5,10).

Dentro de los factores etiológicos se considera el hábito tabáquico, la exposición a productos químicos como asbesto, petróleo, enfermedad quística renal y el uso indiscriminado de analgésicos (5,11). Por otro lado, la presentación clínica del carcinoma de células renales es una triada clásica caracterizada por hematuria, dolor y masa palpable en flanco, pero casi el 40% de los pacientes carece de todos estos (11,17). Los tipos histológicos más frecuentes son el carcinoma de células claras 70-80%, carcinoma papilar 10-15%, carcinoma de células cromóforas 5% y

el carcinoma de conductos colectores 1%, siendo estos dos últimos las estirpes histológicas más agresivas (5).

La nefrectomía radical es considerada la única opción de tratamiento relativamente curativa en pacientes con enfermedad localizada (5,18) al proporcionar aproximadamente un 96% de supervivencia a 5 años (5); no obstante, en la actualidad no se ha comprobado la efectividad de la radioterapia adyuvante, quimioterapia o inmunoterapia como parte del tratamiento primario en estos pacientes (18).

Aproximadamente un tercio de los pacientes con diagnóstico de carcinoma de células renales presentan metástasis (14,19) y la mitad de estos casos son metástasis a distancia (14) debido a su alta vascularización (20). Los sitios más frecuentes de metástasis a distancia del carcinoma de células renales son pulmones en un 50%, ganglios linfáticos 35%, huesos e hígado 30% (5,9,14,21) y con menor frecuencia la región de cabeza y cuello en un 15% cuando la enfermedad es diseminada (4,12,22,23) y 1% cuando es localizada (1,12,15,16).

Así mismo el carcinoma de células renales es la tercera neoplasia más frecuente en metastatizar en la región de la cabeza y cuello, precedida del carcinoma de mama y pulmón (7,16,24-29).

En la región de cabeza y cuello las metástasis de carcinoma de células renales se localizan con mayor frecuencia en cavidad nasal y senos paranasales, seguidos de la cavidad oral, siendo la encía adherida y lengua los sitios más comunes a pesar de ser infrecuentes (24,25,29,30). Además, el pronóstico de los pacientes con metástasis en cavidad oral es pobre y el tratamiento habitualmente es paliativo para mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones (16).

PRESENTACIÓN DEL CASO

El permiso para el uso de la información del caso clínico de manera anónima con fines académicos para su divulgación y publicación, se obtuvo mediante firma de un consentimiento informado. Femenina de 60 años de edad, de nacionalidad mexicana, ocupación al hogar. Acudió a consulta odontológica en junio del año en curso por presentar una lesión exofítica en encía, la queja principal de la paciente fue “tengo una bola en la encía”. Al interrogatorio no señala antecedentes heredofamiliares y personales no patológicos de importancia para el padecimiento y entre los antecedentes personales patológicos indica presentar Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión arterial e Hipotiroidismo de varios años de evolución, tratados con insulina, losartan y levotiroxina respectivamente. Además de haber sido intervenida quirúrgicamente al realizarle nefrectomía derecha en el año 2016 por diagnóstico de carcinoma papilar de células renales en riñón derecho sin sugerir terapia coadyuvante por limitarse clínicamente al riñón y presentar márgenes libres de neoplasia.

Asimismo, en junio del presente año, asistió con su médico oncólogo de base para valoración,

encontrándose en la tomografía axial computarizada un nódulo localizado en pulmón derecho, por lo que se indicó la realización de biopsia por aspiración con aguja fina guiada y el resultado del estudio citológico reportó la presencia de células neoplásicas positivo para células de adenocarcinoma.

Por otro lado, en la exploración física se aprecia paciente femenino de edad aparente igual a la cronológica, consciente, orientada, cooperadora, con piel y mucosas con adecuada hidratación y normocéfalo. A la palpación bidigital se identifica ganglios pre auriculares y submandibulares del lado izquierdo positivos, móviles y sintomáticos a la manipulación.

En la exploración intraoral se observa una lesión exofítica de aspecto granulomatoso localizada en encía adherida vestibular superior entre órganos dentarios 23 y 24, de 2 cm, color eritematoso con placas blanquecinas, de forma y superficie irregular, base sésil, sangrante, asintomática, de crecimiento exponencial en un mes y de aparición posterior a odontectomía de órgano dentario 23 (Figuras 1 y 2). A partir de lo anterior se solicitó cone beam de macizo facial distinguiéndose un área isodensa con actividad lítica en cuerpo maxilar superior entre el canino y premolar del lado izquierdo, extendiéndose hasta el piso del antro maxilar del mismo lado.



Figura 1. Aumento de volumen de aspecto granulomatoso lobulado eritematoso con placas blanquecinas, sangrante a la manipulación asociado a la región de encía insertada entre órganos dentarios 23 y 24.



Figura 2. Vista oclusal de aumento de volumen de aspecto granulomatoso lobulado eritematoso con placas blanquecinas, área de ulcera central en proceso reparativo.

Tomando en cuenta las características clínicas e imagenológicas y considerando los posibles diagnósticos diferenciales clínicos entre ellos lesiones reactivas como granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes y lesiones neoplásicas como carcinoma oral de células escamosas o incluso metástasis de neoplasia primaria por los antecedentes de la paciente; se decidió realizar biopsia excisional de la lesión, bajo anestesia local en la consulta ambulatoria, previa firma de consentimiento informado para la realización del protocolo de tratamiento; se solicitaron estudios de laboratorio prequirúrgicos, los cuales se encontraban dentro de parámetros normales (Figuras 3 y 4).

En el procedimiento se realizó asepsia y antisepsia del área quirúrgica con yodopovidona y colutorios bucales con clorhexidina al 0.12%, se infiltró 2 cartuchos de anestésico local de articaína/epinefrina HCl 4%/1:100,00 en fondo de

saco vestibular del lado izquierdo entre órgano dentario 23 y 24, así como en mucosa palatina asociada a la misma región anatómica; después se hizo un colgajo mucoperióstico en sobre con liberatriz y disección roma de la lesión hasta periostio con odontectomía de órgano dentario 24, apreciándose lecho quirúrgico con sangrado abundante en capa, el cual fue controlado con cera para hueso. Finalmente se colocaron puntos de sutura de tipo colchonero y simples aislados con ácido poliglicólico 4-0 (Figuras 5 y 6).

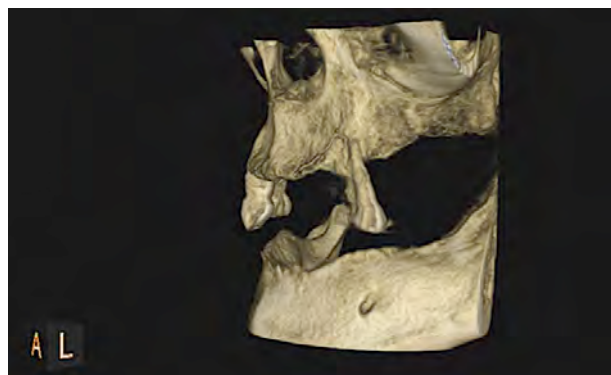
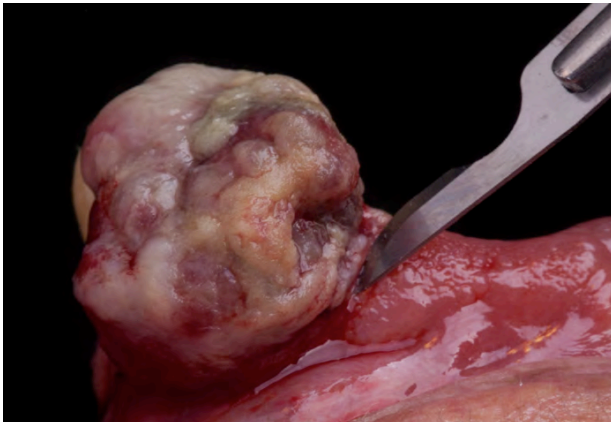


Figura 3. Cone beam reconstrucción 3D, se observa una area isodensa con actividad lítica en región de organos dentarios 23 y 24.



Figura 4. Fotografía clínica lateral izquierda exploración extra oral.



Figuras 5. diseño de colgajo mucoperióstico en sobre con liberatríz, disección roma de la lesión hasta periostio.



Figuras 6. Lecho quirúrgico con sangrado profuso, controlado con cera para hueso y sutura.

Posteriormente se dieron indicaciones generales postoperatorias y se prescribió clonixinato de lisina de 250 mg una tableta cada 8 horas por 5 días, amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 mg una tableta cada 12 horas por 5 días y colutorios suaves con solución electrolizada de superoxidación con pH neutro y especies activas de cloro y oxígeno al 0.002% tres veces al día por ocho días.

En relación al espécimen obtenido, se fijó en formalina al 10% y fue enviado al Laboratorio de Servicio de Diagnóstico Histopatológico de la Escuela Nacional de Estudios Superiores unidad León de la Universidad Nacional Autónoma de México para su procesamiento y análisis.

En el estudio macroscópico se aprecia pieza biológica de forma oval irregular, de superficie lobular, de color café claro y áreas oscuras, de consistencia dura, que en su totalidad mide 2.0x1.5x1.6 cm (Figura 7).

Por otra parte el análisis histopatológico evidenció lesión neoplásica consistente con células claras dispuestas en nidos solidos con bordes nítidos, citoplasma eosinófilo con marcado pleomorfismo celular y nuclear, nucléolos evidentes y mitosis atípicas, sobre un estroma de tejido conjuntivo laxo dispuesto de forma desorganizada y tejido epitelial bucal de cubierta con acantosis y cambios displásicos, por lo que se emite el diagnóstico de carcinoma de células claras metastatizante en cavidad bucal (Figura 8).

En la evaluación postoperatoria a los 8 días del procedimiento quirúrgico, la herida se encontró limpia en proceso de reparación y se efectuó el retiro de puntos de sutura (Figura 9).

Por último, a partir de todo lo anterior, se realizó el parte médico e interconsulta con oncólogo de base para informar de los hallazgos identificados, con la finalidad de que sea evaluada y se incluya en el protocolo de tratamiento de metástasis de carcinoma primario, el cual se desconoce debido a las políticas de privacidad de la institución de salud pública a la que es derechohabiente la paciente.

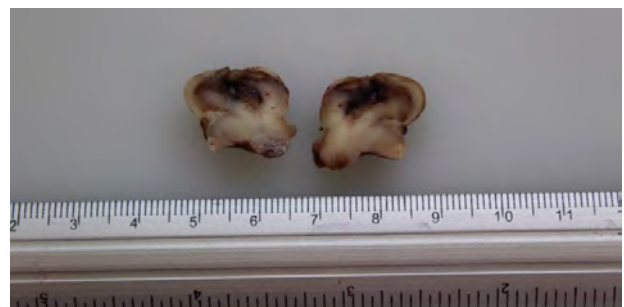
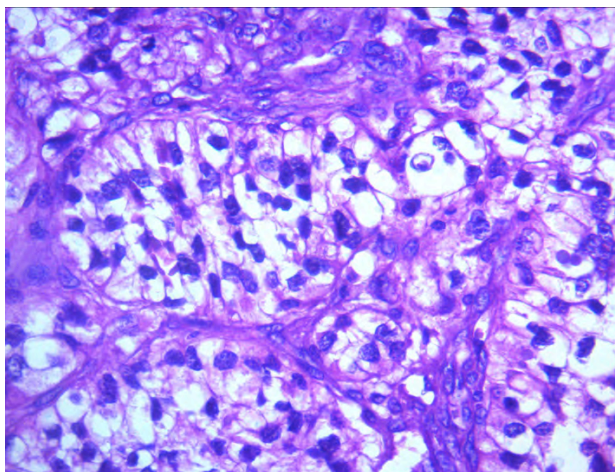


Figura 7. Macroscopía de muestra biológica corte longitudinal, forma oval irregular de superficie lobular de color café claro y áreas oscuras y de consistencia dura que en su totalidad mide 2.0x1.5x1.6 cm.



Figuras 8. Fotomicrografía a 40x, células claras dispuestas en nidos solidos con bordes nítidos, citoplasma eosinófilo con marcado pleomorfismo celular y nuclear, nucléolos evidentes y mitosis atípicas, dispuestas sobre un estroma de tejido conjuntivo laxo dispuesto de manera desorganizada y el epitelio bucal de cubierta con acantosis y cambios displásicos.



Figura 9. Fotografía clínica de post operatorio inmediato a los 8 días con datos de herida limpia en proceso de reparación tisular.

DISCUSIÓN

Las lesiones metastásicas representan el fin de la etapa en la cascada de invasión que implica la difusión de células cancerosas a sitios de órganos distantes y su posterior adaptación a microambientes de tejidos diferentes. Además, actualmente se cree que estas requieren de un nicho premetastásico para permitir que las células cancerosas invasoras sobrevivan, colonicen y expandan para formar una macro metástasis (31). Por ello los tumores primarios más comunes con metástasis en la región de cabeza y cuello son tumores de los senos,

órganos genitales, riñones y tracto gastrointestinal en mujeres y pulmones, riñones, hígado y próstata en hombres, lo que constituye más del 70% de los tumores primarios (32).

Por otro lado, las lesiones metastásicas en cavidad bucal son raras, representando aproximadamente el 1% de todas las neoplasias malignas orales (1-3,7,12,14,22,23,30,33,34), lo que determina ser un sitio inusual y coincide con lo publicado por Allon *et al* (31) en relación a que las metástasis en cavidad bucal no son el sitio preferido para colonización metastásica debido a que es una propagación secundaria desde otra lesión metastásica como los pulmones. Aunque Murillo *et al* (35) mencionan que cualquier tumor maligno puede hacer metástasis en cavidad bucal, pero tales lesiones se asocian más comúnmente con ciertas neoplasias. Es importante reconocer que en un 27.6-30% de las lesiones metastásicas en cavidad bucal son las primeras manifestaciones clínicas de una neoplasia maligna primaria ubicada en otra parte del cuerpo (1,35,36), aunque la mayoría de los pacientes presentan estas lesiones una vez que el paciente ha recibido tratamiento por diagnóstico de neoplasia maligna primaria, expresando un signo de malignidad avanzada que modifica el pronóstico y tratamiento, como lo ocurrido en nuestro caso clínico. Por lo que los especialistas en patología bucal, odontólogos generales e incluso estudiantes de odontología deben identificar y diagnosticar adecuadamente este tipo de lesiones a partir de una historia clínica completa y detallada y del uso de auxiliares de diagnóstico.

En general estas lesiones metastásicas en cavidad bucal se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino entre la quinta y sexta década de la vida (4,35) contrastando con nuestro caso clínico en el que se presenta en una paciente femenina, pero que concuerda con el rango de edad descrito. No obstante, de todas las neoplasias malignas, el carcinoma de células renales es la tercera neoplasia maligna más

frecuente en metastatizar en la región de cabeza y cuello, presentándose con menor frecuencia en cavidad bucal (7,21), siendo los sitios más frecuentes encía y lengua (16,31) como en el presente caso clínico cuyo sitio de presentación era encía; pero esto se contrapone a lo informado por Maschino & Boulanger (1,37) quienes indicaron que las metástasis en el hueso de la mandíbula son más comunes que en los tejidos blandos orales localizándose principalmente en el área molar, seguida del área de premolares y el ángulo mandibular (30,35). Se cree que lo anterior probablemente se fundamenta en lo publicado por Allon *et al* (31) quienes establecieron que el proceso metastásico en encía se origina por ser un sitio particularmente propenso a procesos inflamatorios que sirve como nicho premetastásico. Asimismo, en nuestro caso se debe aludir el antecedente inmediato de odontectomía del órgano dentario 23 como posible factor coadyuvante de la aparición del tumor gingival al momento de realizar el proceso de reparación por los elementos de proliferación fibroblástica, colágena y factores de crecimiento propios de la cicatrización.

Existen reportes de la literatura recientes que han mencionado la posible relación de la aparición de la metástasis a distancia en el tejido gingival del carcinoma renal en pacientes con un estado periodontal comprometido donde el microambiente gingival y periodontal permite la migración de células tumorales a través de la microcirculación local asociada a inflamación crónica donde se establece el nicho de colonización, proliferación tumoral exponencial y presentación de la tumoración (37). Inclusive se ha encontrado que están involucrados las citosinas pro inflamatorias e inflamatorias como IL-1, IL-2, IL-6, IL8 y TNF alfa que son quimio atrayentes de los diferentes factores de crecimiento involucrados en la reparación tisular como factores de crecimiento epidérmico EGF, TGF alfa, factor de crecimiento endotelial VEGF y factor de crecimiento fibroblástico FGF (31,37). Estos detonantes en la promoción de

la angiogénesis permitirán una expansión clonal de células tumorales de crecimiento exponencial que se traducirá clínicamente en la aparición de la neoplasia en encía adherida con un crecimiento rápido en un mes como lo es en el caso de esta paciente.

Con respecto en el tratamiento de la metástasis en cavidad bucal Abbaszadeh-Bidokhty *et al* (29) establecieron que el enfoque de tratamiento en estos pacientes es de tipo paliativo con el objetivo de proporcionar comodidad al paciente mediante el alivio del dolor y la prevención de complicaciones e incluso sugiere que en casos de metástasis en lengua dependiendo del caso se realice la escisión quirúrgica como tratamiento primario con énfasis en la preservación de la estructura y función de la lengua seguido de radioterapia adyuvante para el control local de la enfermedad; sin embargo por nuestro parte consideramos que el tratamiento de las metástasis en cavidad bucal depende de cada paciente es decir del estadio exacto de la enfermedad y de la localización de la lesión determinando así mismo el pronóstico del caso.

En relación con el pronóstico general de las lesiones metastásicas en cavidad bucal, Owosho *et al* (27) publicaron que el tiempo de supervivencia informado después del diagnóstico de las mismas es de aproximadamente 3.7 a 8.25 meses, lo que implica y fundamenta que las metástasis orales son indicativos de la etapa terminal de la enfermedad representando por lo tanto un mal pronóstico para la paciente del presente caso.

CONCLUSIÓN

Considerando que las metástasis en cavidad bucal son lesiones poco frecuentes que inclusive en ciertas ocasiones clínicamente pudieran presentar características que imitan algunos tipos de lesiones benignas como lesiones reactivas. Es importante que el especialista en patología bucal establezca el diagnóstico correcto a partir, de una

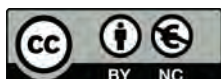
completa y detallada historia clínica auxiliándose de estudios de laboratorio y gabinete, así como del estudio histopatológico para establecer una correlación clínico histopatológica y proporcionar al paciente un tratamiento adecuado y oportuno, ya que en el 30% de los casos son la primera manifestación clínica de la enfermedad. Por lo tanto, el diagnóstico de estas metástasis constituye un reto en especial cuando no hay antecedentes de alteraciones renales e histopatológicamente puede confundirse con otras neoplasias. Además, para establecer un adecuado manejo integral del padecimiento es fundamental que exista una colaboración estrecha con el odontólogo general, el cirujano maxilofacial y el oncólogo.

REFERENCIAS

1. Boulanger L., Gérard E., Curien R. Multiple gingival metastasis of renal cell carcinoma: a case report. *J Oral Med Oral Surg.* 2019; 25: 1-4.
2. Hussain I., Maharaj K., Yonis E., Mc Anerney D. Renal cell carcinoma metastasis to the mandible presenting as a dental abscess. *Int J Oral Maxillofac Surg.* May 2019; 48: 77.
3. Guimaraes D. M., Correa-Pontes F. S., Ninokata-Miyahara L. A., Reis-Guerreiro M. Y., Lopes de Almeida M. C., Rebelo-Pontes H. A., Santos-Pinto D. D. Metastatic Renal Cell Carcinoma to the Oral Cavity. *J Craniofac Surg.* Sep 2016; 27 (6): e533-e534.
4. Danić P., Danić D., Maca D. Tongue metastasis as an initial presentation of renal cell carcinoma. *Med Glas (Zenica).* Feb 2018; 15 (1): 52-58.
5. Corona-Martínez J., Alvarado-Robles L. M., Herrera-Alanís R. C., Heras-Gómez D., Rodríguez-Sandoval V. Carcinoma renal de células claras metastásico a la base de la lengua y músculo bíceps braquial. *Gaceta Mexicana de Oncología.* 2015; 14 (3): 186-192.
6. Solís-Alfonso L., Suárez-Pría S. D. Metástasis amigdalina como presentación inicial de un carcinoma renal de células claras. *Acta Urol Esp.* 2015; 39: 269-270.
7. Jatti D., Puri G., Aravinda K., Dheer D. S. An Atypical Metastasis of Renal Clear Cell Carcinoma to the Upper Lip: A Case Report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2015; 73: 371e1-371 e6.
8. Atar Y., Topaloglu I., Ozcan D. Metastatic renal cell carcinoma in the nasopharynx. *Indian J Pathol Microbiol.* 2013; 56: 40-42.
9. D'Elia C., Cai T., Luciani L., Bonzanini M., Malossini G. Pelvic and muscular metastasis of a renal cell carcinoma: A case report. *Oncol Lett.* 2013; 5: 1258-1260.
10. Rodríguez-Jasso V. H., Serrano-Brambila E., Maldonado-Alcaraz E. Factores pronósticos en cáncer renal localizado y localmente avanzado. *Actas Urol Esp.* 2008; 32 (3): 320-324.
11. Moch H., Humphrey, P. A., Ulbright, T. M., Reuter V. E. WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. 4th ed. France: World Health Organization; 2016.
12. Sikka S., Sikka P., Kaur G., Shetty D. C. A review of histopathological and immunohistochemical parameters in diagnosis of metastatic renal cell carcinoma with a case of gingival metastasis. *J Can Res Ther.* 2013; 9: 105-107.
13. SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México. 2011. [Actualizado Jun 2011; consultado 1 Jul 2014]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LOS_TUMORES_MALIGNOS_México.pdf
14. Morita Y., Iwagami T., Kawakita C., Kusuyama Y., Niki-Yonekawa A., Morita N. Oral metastasis of renal cell carcinoma mimicking recurrence of excised malignant myoepithelioma: a case report. *Mol Clin Oncol.* 2018; 9: 66-69.
15. Maestre-Rodríguez O., González-García R., Mateo-Arias J., Moreno-García C., Serrano-

- Gil H., Villanueva-Alcojol L., Campos-de Orellana A., Monje-Gil F. Metastasis of renal clear-cell carcinoma to the oral mucosa, an atypical location. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. Nov 2009; 14 (11): e601-e604.
16. Praderio L., Torchiari F., Daubian M. I. Metástasis de carcinoma renal de células claras en mucosa de labio inferior. *Rev Esp Patol*. 2017; 50 (4): 218-221.
17. Ray A., Bhattacharya J., Ganguly S. Renal cell carcinoma presenting with oral tongue metastasis: A rare case presentation. *J Cancer Res Ther*. Jan-Mar 2013; 9 (1): 117-118.
18. Rabinovitch R. A., Zelefsky M. J., Gaynor J. J., Fuks Z. Patterns of failure following surgical resection of renal cell carcinoma: Implications for adjuvant local and systemic therapy. *J Clin Oncol*. 1994; 11: 206-212.
19. Majewska H., Skálová A., Radecka K., Stodulski D., Hyrcza M., Stankiewicz C., Biernat W. Renal clear cell carcinoma metastasis to salivary glands – a series of 9 cases: clinico-pathological study. *Pol J Pathol*. 2016; 67 (1): 39-45.
20. Kudva R., Nayal B., Kantipudi S., Ray S. Metastatic renal cell carcinoma of the buccal mucosa masquerading as a salivary gland neoplasm. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2016; 20 (3): 546-547.
21. Nesbitt A. L., Titus Lim Z. L., Chan K. J., Zardawi I, Pridgeon SW. Metastatic renal cell carcinoma presenting with both acute stroke and an oral lesión. *Urol Case Rep*. 2019; 23: 75-77.
22. Vasilyeva D., Peters S. M., Philipone E. M., Yoon A. J. Renal cell carcinoma metastatic to the maxillary gingiva: A case report and review of the literatura. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2018; 22 (4): 102-107.
23. Selvi F., Faquin W. C., Michaelson M. D., August M. Three Synchronous Atypical Metastases of Clear Cell Renal Carcinoma to the Maxillary Gingiva, Scalp and the Distal Phalanx of the Fifth Digit: A Case Report. *J Oral Maxillofac Surg*. 2016; 74: 1286.e1-1286.e9.
24. Zhang N., Zhou B., Huang Q., Chen X., Cui S., Huang Z., Sun Y. Multiple metastases of clear-cell renal cell carcinoma to different region of the nasal cavity and paranasal sinus 3 times successively A case report and literature review. *Medicine*. 2018; 97 (14): 1-6.
25. Nifosi G., Bressand H., Nifosi A. F., Nifosi L., Damseaux P. Epulis-Like Presentation of Gingival Renal Cancer Metastasis. *Case Rep Oncol*. 2017; 10: 758-763.
26. Rusha A. E. A., Kamal E. H. M. Metastatic clear cell renal cell carcinoma presenting with a gingival metastasis. *Clin Pract* 2016; 6: 84-87.
27. Owosho A. A., Xu B., Kadempour A., Yom S. K., Randazzo J., Ghossein R. A., Huryan J. M., Estilo C. L. Metastatic solid tumors to the jaw and oral soft tissue: A retrospective clinical analysis of 44 patients from a single institution. *J Craniomaxillofac Surg*. 2016; 44 (8): 1047-1053.
28. Altuntas O., Petekkaya I., Suslu N., Gullu I. Renal Cell Carcinoma Metastatic to the Tongue: A Case Report and Review of the Literature. *J Oral Maxillofac Surg*. 2015; 73: 1227-1230.
29. Abbaszadeh-Bidokhty H., Motallebnejad M., Rajabi-Moghaddam M. Metastatic Renal cell Carcinoma Presenting as a clear-cell Tumor in Tongue: A Case Report. *Iran J Otorhinolaryngol*. 2014; 26 (76): 185-190.
30. Derakhshan S., Rahrotaban S., Mahdavi N., Mirjalili F. Metastatic renal cell carcinoma presenting as maxillary lesion: Report of two rare cases. *J Oral Maxillofac Pathol* 2018; 22 (4): 39-43.
31. Allon I., Pessing A., Kaplan I., Allon D. M., Hirshberg A. Metastatic tumors to the gingiva and the presence of teeth as a contributing factor: a literature analysis. *J Periodontol*. 2014; 85: 132-139.

32. Baum S.H., Mohr C. Metastases from distant primary tumours on the head and neck: clinical manifestation and diagnostics of 91 cases. *Oral Maxillofac Surg.* 2018; 22: 119-128.
33. Nuyen B. A., Tang C. G. Gingival metastasis: a case report and literature review. *Perm J.* 2016; 20 (1): 71-73.
34. Shin S. J., Roh J. L., Choi S. H., Nam S.Y., Kim S.Y., Kim S. B., Lee S.W., Cho K. J. Metastatic carcinomas to the oral cavity and oropharynx. *Korean J Pathol.* 2012; 46 (3): 266-271.
35. Murillo J., Bagan J. V., Hens E., Diaz J. M., Leopoldo M. Tumors metastasizing to the oral cavity: a study of 16 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 71 (9): 1545-1551.
36. Friedlander A. H., Singer R. Renal adenocarcinoma of the kidney with metastasis to the tongue. *J Am Dent Assoc.* 1978; 97: 989-991.
37. Maschino F., Guillet J., Curien R., Dolivet G., Bravetti P. Oral metastasis: a report of 23 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 42 (2): 164-168.



Attribution (BY-NC) - (BY) You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggest the licensor endorses you or your use. (NC) You may not use the material for commercial purposes.