



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Barbagelata López, Alfonso; Ruibal Moldes, Manuel; Blanco Díez, Antonio; Fernández Rosado, Enrique; Ponce Díaz-Reixa, Jose Luis; Novas Castro, Serafín; Lancina Martín, Alberto; González Martín, Marcelino

METASTASIS CUTÁNEA DEL CÁNCER RENAL: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN.

Archivos Españoles de Urología, vol. 58, núm. 3, 2005, pp. 247-250

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013920011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

METASTASIS CUTÁNEA DEL CÁNCER RENAL: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN.

Alfonso Barbagelata López, Manuel Ruibal Moldes, Antonio Blanco Díez, Enrique Fernández Rosado, Jose Luis Ponce Díaz-Reixa, Serafín Novas Castro, Alberto Lancina Martín y Marcelino González Martín.

Servicio de Urología. Hospital Juan Canalejo.
La Coruña. España

Resumen.- OBJETIVO: Añadir a la literatura un caso clínico poco habitual de metástasis cutánea del adenocarcinoma renal analizando la significación pronóstica, el comportamiento frente a la terapéutica y la presentación clínica de éstas en base a una revisión bibliográfica de la literatura al respecto.

MÉTODOS/RESULTADOS: Presentamos el caso clínico de un varón de 65 años con una metástasis cutánea en raíz de miembro inferior izquierdo un año después de la realización de una nefrectomía radical por un adenocarcinoma de células claras.

CONCLUSIONES: Se suelen presentar como lesiones cutáneas solitarias de características macroscópicas variables y de rápido crecimiento, cuyo diagnóstico se realiza en base al análisis histológico e, indicándose como tratamiento la exérésis siempre que sea posible realizarla. El pronóstico es mejor en las lesiones solitarias, asincrónas en relación al tumor primario y dentro de ellas aquellas en las que el tiempo de aparición de dicha metástasis es mayor con respecto al momento de diagnóstico de la lesión inicial.

Palabras clave: Metástasis cutánea. Adenocarcinoma renal de células claras. Tratamiento.

Summary.- OBJECTIVES: To report another rare case of skin metastasis from a renal adenocarcinoma, analyzing the prognostic significance, response to therapy, and clinical presentation after a bibliographic review.

METHODS/RESULTS: We report the case of a 65-year-old male with a cutaneous metastasis in the root of his inferior left extremity one year after right nephrectomy for a clear cell adenocarcinoma.

CONCLUSIONS: Skin metastases usually present as solitary cutaneous lesions of variable macroscopic features and rapid growing; the diagnosis is made by histological analysis, being excision the treatment of choice whenever possible. Prognosis is better for solitary lesions appearing asynchronously with the primary tumor, and among them the longer the time after diagnosis of initial lesion they appear the better the prognosis.

Keywords: Cutaneous metastases. Clear cell renal carcinoma. Treatment.

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente en el 80% de los casos, las metástasis cutáneas, se desarrollan a posteriori en la evolución del tumor primario. El tiempo medio de evolución desde el hallazgo del tumor primario hasta la aparición del implante cutáneo es variable y se comprende en un rango medio oscilante entre los 12 y los 63 meses y es muy dependiente del estadío anatomiopatológico.

Las localizaciones más habituales son cabeza (25%-50%), tronco (40%) y extremidades (10%). Generalmente la afectación cutánea es única pero suele existir compromiso de otras localizaciones internas como pulmón (75%) u otros en múltiples órganos de la economía (82%).

En el caso que presentamos la aparición de las metástasis cutáneas ocurrió a los 11 meses de la cirugía, se trataba de una única lesión y no coexistía con lesiones a otros niveles. El desarrollo precoz de la metástasis sería explicable por el estadio anatomo-patológico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 65 años, sin antecedentes patológicos de interés, remitido a consultas externas de urología en relación a hematuria macróscopica total con episodio de RAO. En la ecografía se aprecia una masa renal izquierda heterogénea de 7,7 * 7,2 * 7. A la vista de estos hallazgos se le realiza un TAC de abdomen en el que aparece una masa renal hipodensa de 7,5 * 7 cm y con realce irregular tras inyección de contraste.

Se le realiza nefrectomía radical izquierda por vía subcostal anterior.

El informe anatomo-patológico revela un carcinoma de células renales de 8,5*8*7 cms pT2 NO MX, grado III de Fuhrman.

Control a los seis meses de la cirugía, mediante TAC DE ABDOMEN, que no muestra alteraciones de interés.

A los 11 meses del tratamiento presenta una masa de consistencia blanda en la raíz de miembro inferior izquierdo extendida hacia fosa ilíaca, indolora, no ulcerada, que en la R.M.N. a la que se somete se muestra como una neoformación de 10 * 8 * 8 en tejido celular subcutáneo que infiltra la fascia del tensor de la fascia lata y se extiende hasta la piel sin afectarla (Figuras 1-2-3).

Se interviene realizando exéresis completa de una tumoreación pseudocapsulada que se diseña con cierta facilidad excepto en su cara inferior donde se encuentra íntimamente adherida a planos profundos con la presencia de un pedículo más desarrollado. Se realiza simultáneamente linfadenectomía inguinal (negativa de extensión).

El estudio histopatológico correspondió a carcinoma renal metastásico variante sarcomatoide pobemente diferenciada sin afectación ganglionar.

Seguimiento: en las revisiones realizadas a los 3, 6 y 12 meses el paciente se encuentra asintomático y sin evidencia de recidiva.

DISCUSIÓN

El cáncer renal es el tercero en frecuencia dentro de los de estirpe urológica y representa el 2-3% de los tumores malignos, ocurriendo usualmente entre la 5^a y la 7^a décadas de la vida. Es el tumor de más alta letalidad dentro de los urológicos.

Entre el 10% y el 45% de los tumores renales malignos

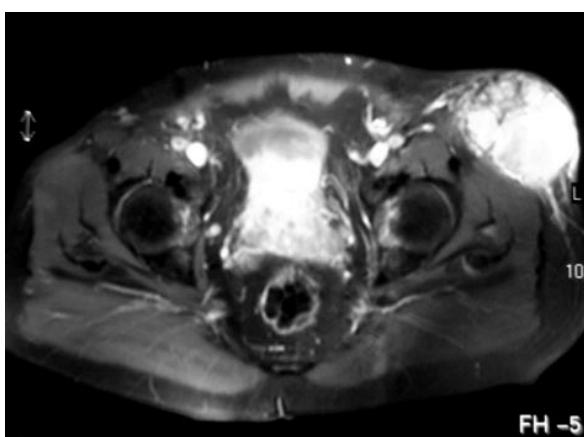


FIGURA 1. RMN potenciada en T2 a nivel de raíz de miembros inferiores.



FIGURA 2. Corte transversal de RMN a nivel de raíz de miembros potenciada en T1. Lesión enmarcada.

han metastatizado en el momento del diagnóstico y, aproximadamente en el 20% de los casos, la metastasis es la primera manifestación de la enfermedad. Además, un 40% de los cánceres renales localizados desarrollan metástasis en su evolución, a pesar de la eliminación del tumor primario.

Las localizaciones más frecuentes de las metástasis a distancia del cáncer renal son: pulmón, hígado y huesos. Dentro de otras localizaciones de menor frecuencia de presentación se encuentran las metástasis cutáneas que viene a ocupar el séptimo lugar en orden de frecuencia, representando entre el 2,4% y el 6,4% de todos los tumores renales (2 - 4 , 7).

Lo habitual es que las metástasis cutáneas sean descubiertas a posteriori en la evolución de un tumor primario ya detectado. Y esto acontece así en aproximadamente el 80% de las ocasiones, habiendo sido comunicada una incidencia como primer hallazgo de enfermedad algo más elevada en algunas series. El tiempo medio de evolución desde el diagnóstico inicial hasta el desarrollo del implante metastásico varía entre los 12 y los 63 meses de media (2 - 4) con un amplio rango de variabilidad fundamentalmente en relación con el estadio anatomopatológico.

Los asentamientos más comunes de los implantes metastásicos son cabeza (25,3% - 50%), tronco (con una frecuencia comunicada de hasta el 40%) y las extremidades (aprox. 10,7%) (1-6). Habitualmente son únicas dentro de la superficie cutánea pero suelen ir acompañadas de

otras en órganos internos como demostraron Weiss (8) que detectó que el 75% de los pacientes con metástasis cutáneas presentaban metástasis pulmonares en las autopsias realizadas y Hellsten (9) quien demostró en sus estudios que el 82% de las metástasis afectan a múltiples localizaciones.

El desarrollo de metástasis cutáneas sería explicable a partir de la diseminación hematogena de las células tumorales (2 , 3) ; tres son las posibles rutas de esta siembra: 1.- la más importante en relación con la tendencia a su ocupación sería la vena renal con drenaje hacia la A. D. y la circulación pulmonar. 2.- a través de la vena espermática serían posibles metástasis retrógradas hacia vejiga, vagina, pene, .. 3.- a través de las venas lumbares, que por su baja presión permiten el trayecto inverso, y que explicarían asentamientos en columna vertebral, tiroides, S.N.C.,...

Clínicamente los implantes cutáneos se expresan como una lesión solitaria de aparición repentina, de crecimiento rápido, con una coloración azulada, rojiza o marronácea, ocasionalmente pulsátil y en raras ocasiones ulcerada. También esta descrita su presentación como cuerno cutáneo. Es frecuente que tengan aspecto de benignidad por lo que en no pocas ocasiones resultan infradiagnosticadas. Varios son los diagnósticos diferenciales a considerar: quiste epidérmico inflamado, cáncer de células basales ,

En el examen microscópico los hallazgos más constantes son: lesiones compuestas por células claras, presentando atipias nucleares y nucleolo prominente, que adoptan una disposición en panal de abeja o simulando una estructura adenoidea rodeada por tabiques fibrosos (3 , 6).

Detectada la afectación cutánea y antes de establecer la pauta terapeútica, es preciso realizar un examen exhaustivo en busca de otras localizaciones metastásicas, ya que las metástasis cutáneas suelen ser una manifestación tardía de la enfermedad, por lo que es habitual encontrar otras afectaciones.

El tratamiento dependerá en gran medida del estado general del enfermo y del grado de extensión. Así pues una metástasis solitaria de presentación sincrónica en un paciente con buen estado general se podrá beneficiar de la nefrectomía unida a la resección de la lesión cutánea. Y en aquellos en los que la manifestación sea asincrónica y solitaria, como el caso que presentamos, con un aceptable estado general, se podrá realizar la exéresis de dicha lesión cutánea.

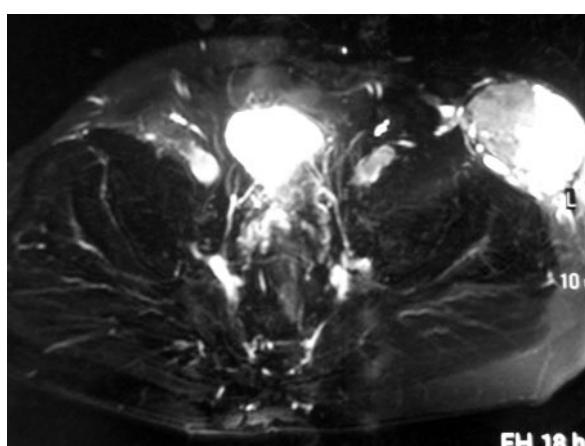


FIGURA 3. Secuencia de RMN con sección transversal apreciando señal hiperintensa de la neoformación

Hay que reseñar que, si bien es excepcional (0,3%-0,8%), se recoge en la literatura la posibilidad de regresión espontánea del tumor en toda su extensión aún sin nefrectomía previa (5, 7).

En cuanto al pronóstico de este tipo de metástasis hay que resaltar que, es mejor en el caso de una lesión solitaria, y, dentro de ellas, tienen mejor evolución las que aparecen asincrónicamente en la evolución del proceso que aquellas de aparición sincrónica con el tumor primario. Otro determinante pronóstico importante es el tiempo transcurrido entre el diagnóstico del tumor (en las asincrónicas) y la aparición del implante metastásico. La supervivencia general de las metástasis cutáneas es de 50% a 1 año, 20% a 3 años, prácticamente nula a 5 años. En 1993 Couillard y de Vere White evidenciaron una supervivencia a 5 años del 13% al 50% para las metástasis cutáneas solitarias tras la resección y de un 0% a 8% para los casos de metástasis múltiples. (1, 2, 7).

BIBLIOGRAFIA y LECTURAS

**RECOMENDADAS (*lectura de interés y
lectura fundamental)

- *1. DORIRAJAN, L.N.; HEMAL, A.K.; ARON, M.: "Cutaneous metastases in renal cell carcinoma". Urol. Int., 63: 164, 1999.
2. CHANDLER, J.; HEANEY, W.J.A.: "Metastatic renal cell carcinoma presenting as a skin nodule : case report and review of the literature". J. Urol., 152: 2094, 1994.
- *3. KOROUPAKIS, D.; PATSEA, E.; SOFRAS, F. y cols.: "Renal cell carcinoma metastases to the skin : a not so rare case?". B.J.U., 75: 583, 1995.
4. SHIGHEIKO, K.; SATOSHI, T.; MASAHARU, N.: "Renal cell carcinoma metastatic to the skin". Anticancer Research, 20: 1939, 2000.
5. CUCKOW, P.; DOYLE, P.: "Renal cell carcinoma presenting in the skin". J. of the Royal Society of Medicine, 84: 497, 1991.
6. SNOW, S.; MADJAR, D.; REIZNER, G.: "Renal cell carcinoma metastatic to the scalp .Case report and review of the literature". Dermatol. Surg., 27: 192, 2001.
7. WALSH, R.; VAUGHAN, R.: "Campbell's Urology". Eight edition. 2002.
8. WEISS, L.; HARLOS, J.P.; TORHORST ,J.: "Metastatic patterns of renal cell carcinoma: an analysis of 687 necropsies". Cancer Res. Clin. Oncol., 114: 605, 1988.
9. HELLSTEN, S.; BERGE, T.; LINEL, F.: "Clinically unrecognized renal carcinoma: aspects of tumor morphology, lymphatic and haematogenous metastatic spread". Br. J. Urol., 55: 166, 1983.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 58, 3 (250-253), 2005

REGRESIÓN ESPONTÁNEA DE TROMBOSIS VENOSA EN UN CASO DE CARCINOMA RENAL.

Antonio Jalón Monzón, Francisco Javier Regadera Sejas, Jorge García Rodríguez, Francisco Javier Martínez Gómez, Alberto Sánchez Trilla, Jesús María Fernández Gómez, Juan Javier Rodríguez Martínez, Oscar Rodríguez Faba, Roberto Carlos González Álvarez, Miguel Álvarez Múgica.

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.
Asturias. España.

Resumen.- **OBJETIVO:** Describir el primer caso de regresión espontánea de trombosis de vena renal y cava inferior en un paciente con carcinoma de células renales. **MÉTODO/RESULTADO:** Se describe el caso de una mujer diagnosticada de masa renal con trombosis de venas renal y cava. En los estudios de extensión previos a la nefrectomía radical se constata la regresión de dicho trombo que se confirma posteriormente tras la nefrectomía. **CONCLUSIÓN:** La regresión espontánea de metástasis de carcinoma de células renales se estima menor al 1%. Este es el primer caso descrito en la literatura que afecta a una trombosis tumoral de venas renal y cava inferior.

Palabras clave: Regresión espontánea. Carcinoma renal. Trombosis venosa.

Correspondencia

Antonio Jalón Monzón
Servicio de Urología
Hospital Universitario Central de Asturias
Celestino Villamil, s/n
33006 Oviedo. Asturias. (España)
Trabajo recibido: 30 de agosto 2004