



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Rodríguez García, Nuria; García Tello, Ana María; Llanes González, Luis; García Mediero, José María; Angulo Cuesta, Javier; Berenguer Sánchez, Antonio

Carcinoma renal metastásico a peritoneo. A propósito de un caso

Archivos Españoles de Urología, vol. 59, núm. 9, noviembre, 2006, pp. 919-922

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181018783015>

- 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

4. OCHOA URDANGARAIN, O.; ACOSTA BERNAD, I.; HERMIDA PEREZ, J.A. y cols.: "Well differentiated mucus-producing adenocarcinoma of the right renal pelvis. Presentation of a case". Arch. Esp. Urol., 53: 645, 2000.
5. THOMAS, E.; MURPHY, J.; STEVENSON, E.: "Primary adenocarcinoma of the renal pelvis: Report of a case". J. Urol., 104: 62, 1970.
- *6. TSUZUKI, T.; KOUKETSU, H.; ONO, K. y cols.: "Primary adenocarcinoma of the renal pelvis with special reference to histochemical observations". Pathol. Int., 46: 791, 1996.
7. MIRONE, V.; PREZIOSO, D.; PALOMBINI, S. y cols.: "Mucinous adenocarcinoma of the renal pelvis". Eur. Urol., 10: 284, 1984.
8. SPIRES, S.E.; BANKS, E.R.; CIBULL, M.L. y cols.: "Adenocarcinoma of renal pelvis". Arch. Pathol. Lab. Med., 117: 1156, 1993.
9. DINESH, S.; HANNAH, R.; KRIGMAN, P. y cols.: "Enteric type adenocarcinoma of the upper tract urothelium associated with ectopic ureter and renal dysplasia an oncological rationale for complete extirpation of this aberrant developmental anomaly". J. Urol., 156: 1272, 1996.
10. BULLOCK, P.S.; THONI, D.E.; MURPHY, W.M.: "The significance of colonic mucosa (intestinal metaplasia) involving the urinary tract". Cancer, 59: 2086, 1987.
- *11. TORRES GÓMEZ, F.J.; TORRES OLIVERA, F.J.: "Carcinoma mucinoso de pelvis renal. A propósito de un caso". Arch. Esp. Urol., 59: 20, 2006.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 59, 9 (919-922), 2006

CARCINOMA RENAL METASTÁSICO A PERITONEO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Nuria Rodríguez García, Ana María García Tello, Luis Llanes González, José María García Mediero, Javier Angulo Cuesta y Antonio Berenguer Sánchez.

Servicio de Urología. Hospital de Getafe. Getafe. Madrid. España.

Resumen.- OBJETIVO: Aportar un caso de carcinoma renal que presentó implantes peritoneales en su evolución.

MÉTODO/RESULTADOS: Describimos el caso de un varón joven que en el seguimiento de su patología neoplásica tras nefrectomía radical presenta sintomatología abdominal inespecífica que conduce al descubrimiento de implantes peritoneales y recidiva local. Se realizó una segunda cirugía exploradora y de citorreductora, con recidiva peritoneal rápida. A los tres meses y a pesar del tratamiento que siguió con Interferón- α , el paciente presentó metástasis hepáticas múltiples.

CONCLUSIONES: La afectación peritoneal por carcinoma de células renales es un hecho infrecuente y que confiere un mal pronóstico.

Palabras clave: Carcinoma renal. Carcinoma de células claras renales. Carcinomatosis peritoneal.

Correspondencia | Nuria Rodríguez García
Servicio de Urología
Hospital de Getafe
Ctra. de Toledo Km 12,500
28905 Getafe. Madrid. (España)
uroget@terra.es
Trabajo recibido: 17 de abril 2006

Summary.- *OBJECTIVE:* We describe the case of a young male presenting with non-specific abdominal symptoms on follow-up after radical nephrectomy for renal carcinoma leading to the finding of local recurrence and peritoneal metastases. A second exploratory laparotomy was carried out for tumor reduction, but it was followed by fast peritoneal recurrence. Despite the treatment with alpha interferon, three months later he developed multiple hepatic metastases.

CONCLUSIONS: Peritoneal involvement by renal cell carcinoma is rare and implies a bad prognosis.

Keywords: Renal carcinoma. Renal cell carcinoma. Peritoneal carcinomatosis.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células renales representa el 3% de todas las neoplasias en el adulto, siendo el más letal de los tumores urológicos. Más del 40% de los pacientes con carcinoma renal han fallecido por dicha neoplasia, en contraste con la mortalidad cáncer específica asociada al cáncer de próstata y vejiga, que se estima en un 20% (1).

Históricamente, entre la tercera parte y la mitad de los pacientes presenta metástasis en el momento del diag-

nóstico. Se estima que el 25-50% de los pacientes que reciben tratamiento por enfermedad localizada desarrollan finalmente metástasis (2).

Los órganos a los que este tumor metastatiza de forma más frecuente son pulmón, hígado, hueso y cerebro (3).

La rediva local tras nefrectomía radical se considera una complicación infrecuente (2). Más infrecuente aún es el hallazgo de metástasis peritoneales, estimada en un 2% de las autopsias de pacientes con carcinoma renal metastásico (4).

Aportamos el caso de un paciente que presentó recidiva local y metastásica peritoneal extensa de un carcinoma renal.

CASO CLÍNICO

Varón de 47 años, sin antecedentes de interés, que es diagnosticado ecográficamente de masa renal derecha de forma accidental durante un estudio rutinario por dolor abdominal. La TAC abdomino-pélvica confirmó la presencia de una masa sólida y heterogénea de aproximadamente 6 cm, localizada en polo superior del riñón derecho con vena renal permeable.

Se realizó nefrectomía radical derecha por laparotomía subcostal, sin objetivarse adenopatías. El diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma renal de células claras de 8,4 centímetros, estadio pT3aNoMo, II de Robson y grado nuclear IV de Fuhrman. El paciente fue



FIGURA 1. TAC de abdomen con hallazgos de masa neoplásica renal derecha en polo superior, vena renal derecha permeable y ausencia de adenopatías retroperitoneales



FIGURA 2. TAC de abdomen realizado a los 3 meses de la nefrectomía radical que evidencia recidiva en el lecho quirúrgico e implantes peritoneales, el de mayor tamaño (4 cm) adyacente al hilio hepático.

dado de alta a los cinco días de la cirugía. A los tres meses aproximadamente y antes de ser visto en la consulta para seguimiento de su neoplasia, el paciente acudió a Urgencias por dolor en hipocondrio derecho de reciente aparición. A la exploración se palpaba una masa dolorosa en el hipocondrio derecho, motivo por el cual se realizó nueva TAC que reveló una recidiva tumoral en el lecho quirúrgico, que infiltraba pilar diafragmático derecho posterior e hígado; así mismo se evidenciaron implantes peritoneales, el mayor, de cuatro centímetros adyacente al hilio hepático.

Se decidió realizar la extirpación de las masas tumorales, resecándose la adyacente al hígado así como varios implantes peritoneales y retroperitoneales, siendo la biopsia intraoperatoria compatible en todas las piezas con carcinoma de células claras de alto grado. La masa retroperitoneal paravertebral resultó inaccesible por su íntimo contacto con los grandes vasos.

Ante estos hallazgos se decidió contactar con el Servicio de Oncología, iniciándose tratamiento con Interferón (Intrón A), con mala tolerancia del mismo y precisándose reducción de la dosis.

En las revisiones realizadas el paciente refería molestias abdominales inespecíficas que respondían a analgésicos suaves pero en la TAC de abdomen de control realizado a los 5 meses de la segunda cirugía se objetivaron múltiples lesiones hepáticas sugerentes de metástasis, así como crecimiento de la recidiva del lecho quirúrgico y varios implantes peritoneales en epiplon.



FIGURA 3. TAC de abdomen realizado a los 5 meses de la cirugía citorreductora que demuestra varias metástasis hepáticas y persistencia de la recidiva en el lecho quirúrgico.

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma renal es un tumor que a menudo tiene un comportamiento agresivo, asociándose a un mal pronóstico. Aproximadamente, el 25-50% de los pacientes que reciben tratamiento por enfermedad localizada acaban desarrollando metástasis (2).

Aunque el carcinoma renal puede presentar metástasis en casi cualquier localización, los órganos más frecuentemente afectados son los pulmones (50-60%), ganglios linfáticos, huesos (25-50%) e hígado (5).

De los tumores primarios que metastatizan a peritoneo, sólo el 2% corresponde a carcinomas renales (4). Se han descrito cinco casos de carcinomatosis peritoneal por carcinoma de células renales: tres publicados por Tartaró en 1991, uno por Stravopoulos (4) en 1995 y otro por Pérez García (3) en 1999.

La diseminación peritoneal es muy rara y ocurre por dos mecanismos:

- La neoplasia rompe la cápsula renal y fascia renal anterior, extendiéndose a la superficie peritoneal.

- Metástasis hematógenas embólicas que alcanzan el mesenterio y otros órganos peritoneales, con la consecuente diseminación a la cavidad peritoneal.

La afectación de la superficie peritoneal puede inducir el desarrollo de ascitis, que facilita el depósito de células malignas donde la ésta se remansa dando lugar a un mayor número de implantes. Las localizaciones más frecuentes de la ascitis y de los implantes mesentéricos y peritoneales son, en orden decreciente de frecuencia: el fondo de saco de Douglas, el mesenterio cerca de la unión ileocecal, el mesocolon sigmoides y el espacio parietocólico derecho (4).

La presentación clínica de las metástasis peritoneales suele resumirse a afectación del estado general y a síntomas digestivos (obstrucción intestinal y ascitis).

En cuanto a su actitud terapéutica, en general está indicada la cirugía citorreductora, que en muchos casos puede implicar resecciones intestinales. En algunos tumores gastrointestinales y en los sarcomas abdominopélvicos con carcinomatosis peritoneal se han descrito remisiones con el uso de quimioterapia intraperitoneal tras la cirugía (cisplatino, mitomicina C, doxorubicina...) (7).

La actitud terapéutica en el carcinoma renal metastático es individualizada en función de sus características clínicas y factores pronósticos. Los factores de buen pronóstico en los que coinciden la mayoría de las series son ; buen estado general, el intervalo libre entre nefrectomía y aparición de metástasis, número, localización y resecabilidad de las metástasis (8).

El carcinoma renal es un tumor quimio, radio y hormono-resistente y las opciones terapéuticas existentes en la actualidad son:

- Inmunoterapia (Interferón- α , interleucina 2 y combinaciones de ambos con quimioterápicos como el 5-fluorouracilo). En los últimos quince años esta modalidad de tratamiento ha demostrado respuestas objetivas en 15-35% de los pacientes, no estando exenta de serios efectos tóxicos (9). La supervivencia media en pacientes que presentan progresión tras la inmunoterapia es aproximadamente de 12 meses, reduciéndose a 7 en aquellos pacientes más debilitados (10).

- Radioterapia: sobre localizaciones metastásicas y con finalidad paliativa (en hueso y sistema nervioso central)

- Cirugía en pacientes con lesiones resecables y buen estado general.

Actualmente se están llevando a cabo ensayos multicéntricos en fase II con moléculas inhibidoras del factor de crecimiento endotelial y del factor de crecimiento derivado de las plaquetas (SU 11248) como tratamiento de segunda línea en el cáncer renal metastásico con escasa respuesta a la inmunoterapia, obteniéndose respuestas parciales hasta en un 40% de los pacientes incluidos (11).

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

1. NOVICK, A.C.; CAMPBELL, S.C.: "Renal Cancer". Campbell's Urology. Volume 4, Chapter 75
2. KONTAK, J.A.; CAMPBELL, S.C.: "Prognostic factors in renal cancer". The Urologic Clinics of North America, Vol. 3, 2003.
- *3. PÉREZ GARCÍA, F.J.; REGADERA SEJAS, F.J.; MARTÍNEZ GÓMEZ, F.J. y cols.: "Carcinoma de células renales. Presentación clínica debut con carcinomatosis peritoneal. A propósito de un caso". Actas Urol. Esp., 23: 156, 1999.
- *4. STAVROPOULOS, N.J.; DELIVELIOTIS, C.H.; KOUROUPAKIS, D. y cols.: "Renal cell carcinoma presenting as a large abdominal mass with an extensive peritoneal metastasis". Urol. Int., 54: 169, 1995.
5. RUIZ CERDÁ, J.L.; VERA, C.; SERVER, G.: "Renal Cell Carcinoma: late recurrence in 2 cases". Eur. Urol., 20: 167, 1991.
- *6. TARTAR, Y.M.; HEIKEN, J.P.; McCLENNAN, V.L.: "Renal cell carcinoma presenting with diffuse peritoneal metastasis: CT findings". J. Comput Assist Tomogr., 15: 450, 1991.
7. SUGARBAKER: "Review of a Personal Experience in the Management of Carcinomatosis and Sarcomatosis". Jpn. J. Clin. Oncol., 31: 573, 2001.
8. HERRANZ AMO, F.; DÍEZ CORDERO, J.; GARCÍA BURGOS, J.: "Factores pronósticos en el adenocarcinoma de riñón". Tumores de riñón. Ediciones Doyma. Madrid, 2001.
9. NEGRIER, S.; ESCUDIER, B.; LASSET, C. y cols.: "Recombinant human interleukin-2, recombinant human interferon α -2 β , or both in metastatic renal cell carcinoma". N. Engl. J. Med., 338: 1272, 1998.
10. MOTZER, R.J.; BACIK, J.; SCHWARTZ, L.H. y cols.: "Prognostic factors for survival in previously treated patients with metastatic renal cell carcinoma". J. Clin. Oncol., 22: 454, 2004.
11. MOTZER, R.J.; MICHAELSON, M.D.; REDMAN, B. y cols.: "Activity of SU11248, a multitargeted inhibitor of vascular endothelial growth factor receptor and platelet-derived growth factor receptor, in patients with metastatic renal cell carcinoma". J. Clin. Oncol., 24: 16, 2006.