

Carcinoma de células renales. Repercusión en el aparato genital

Renal cell carcinoma. Repercusión on the genital tract

Dr. Gustavo Crespo Campo; Dr. Alberto Pam Pino; Dr Rolando Morell Artola; Dr. Alfredo Olivera Merino

Hospital Provincial Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se presentó una paciente de 59 años de edad, con dolor en flanco lateral izquierdo y en ocasiones hematuria, valorada en diferentes servicios hospitalarios con múltiples diagnósticos. Solicitó traslado a Ciudad de la Habana donde se le realizó nefrectomía total izquierda en el Instituto Nacional de Nefrología y Radiología en el año 2000, con el diagnóstico de carcinoma de células renales. Regresó a Camagüey cuatro meses después, fue atendida en la consulta de patología de cuello del hospital Ana Betancourt de Mora, se detectó metástasis en el aparato genital con un tiempo de supervivencia de seis a ocho meses.

DeCS: CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES; GENITALES FEMENINOS; METÁSTASIS DEL NEOPLASMA; INFORME DE CASO

ABSTRACT

A 59 years old patient, with pain in the left lateral flank and occasions hematuria, was presented: She was assessed in different hospital services

with multiple diagnosis, she requested to be moved to Havana city where she was performed left total nephrectomy at the National Institute of Oncology and Radiobiology (NIOR) in the year 2000 with the diagnosis of renal cell carcinoma. She returned to Camagüey four months later, afterwards she was assisted in the cervix pathology consultation at Ana Betancourt de Mora Hospital; we detected metastasis in the genital tract with a surviving time from six to eight months.

DeCS: RENAL CELL CARCINOMA; FEMALE GENITALIA; NEOPLASM METASTASIS; CASE REPORT

INTRODUCCIÓN

Los carcinomas de células renales o hipernefroides presentan problemas clínicos y anatomopatológicos interesantes para indicar su semejanza con el tejido suprarrenal. Clínicamente se cuentan entre las neoplasias humanas de evolución menos previsible y desde el punto de vista anatomopatológico, tienen interés por el carácter completamente variable de su evolución, a veces parece ser inocuos, en otros, agresivos y destructores.

Estos tumores constituyen alrededor del 3 % de las neoplasias viscerales, dan cuenta del 85 % de los carcinomas renales. Suelen ocurrir en sujetos de edad avanzada, por lo regular en el quinto, sexto y séptimo decenios de la vida, con predominio neto de los varones en proporción de dos a uno. Cada año se diagnostican 30 000 casos nuevos y se producen 12 000 muertes.^{1, 2}

Epidemiológicamente, los fumadores, obesos, pacientes con problemas de hipertensión arterial, con tratamiento con estrógenos no neutralizados e insuficiencia renal crónica, se incluyen dentro de los factores de riesgo.^{1, 2}

La mayoría de las neoplasias renales es esporádica, pero hay formas raras de neoplasias familiares que se transmiten con carácter autosómico dominante.

³ Sólo se presentan en un 4 % de las neoplasias renales, pero estas formas familiares son sumamente valiosas para el estudio de la carcinogénesis renal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 59 años de edad, blanca, con ocupación técnica, que hace aproximadamente ocho meses comenzó a sentir dolor en flanco lateral izquierdo y en algunas ocasiones hematuria. Fue valorada en diferentes servicios hospitalarios con múltiples diagnósticos. A petición suya decidió trasladarse a La Habana.

APP: Cefalea migrañosa.

APF: Ninguno.

Menarquia: 14 años. Primera relación sexual: 21 años. Menopausia: 53 años.

Embarazos: 2. Partos: 1. Abortos: 1.

Investigaciones realizadas:

USG: En cara anterior y mitad inferior del riñón izquierdo se observa masa sólida con área de necrosis, polilobuladas, con ligera dilatación de las cavidades excretoras, por compresión y/o infiltración, la cual mide 37 x 38 cm, compatible con hipernefroma. No se visualizan los vasos del hilio renal. Vena cava permeable.

BAAF: 4028. Extendido oligocelular no útil.

USG ginecológico: útero de tamaño normal. Anejos normales. Vejiga normal. Tomografía Computarizada renal: Imagen tumoral de 69 x 79 mm en la región anterior del polo inferior del riñón izquierdo de 63 VH, con zona de menor densidad en su interior. Por gran alergias al yodo no se pueden estudiar las venas cava y renal izquierda.

Nefrograma. RI con pobre función. RD con función preservada que incorpora y excreta bien el fármaco.

Creatinina: 1,14 mg.

Cirugía: Nefrectomía radical izquierda laboriosa, pero se reseca completamente el tumor. Evolución posoperatoria satisfactoria.

Intervenida en el Instituto de Oncología de La Habana.

Alta hospitalaria sin tratamiento.

Tres meses después presentó sangramiento vaginal en forma de mancha y fue remitida al Hospital Oncológico de Camagüey. Se realizó tacto vaginal, y se comprobó sangramiento abundante por lo que fue remitida a consulta de patología de cuello.

Examen físico:

Espéculo: Cuello sano.

Vagina: Lesión exofítica de más de 3 cm, a la una del reloj, que se aprecia al desplazar la vulva del espéculo, a forma de racimo, intensamente sangrante. Se logra realizar biopsia:

Aspecto microscópico: B-807: se recibe formación irregular de tejido con un diámetro aproximado de 1.5 cm, al corte se observan zonas blanquecinas amarillentas con áreas hemorrágicas, tres fragmentos.

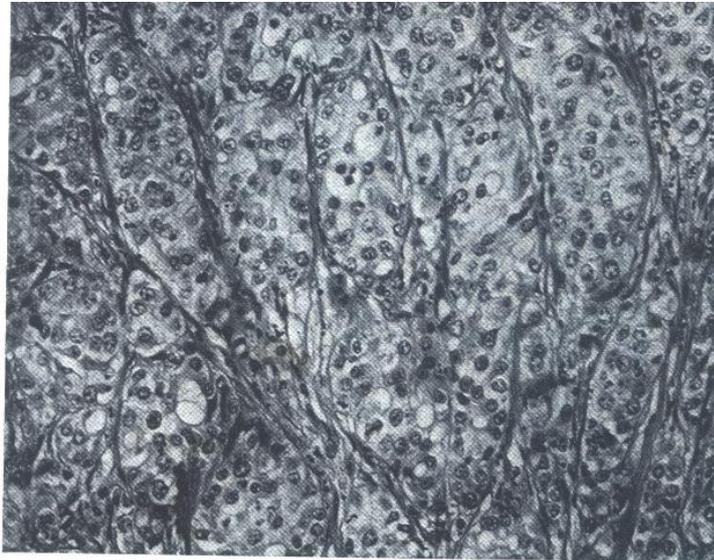


Fig. 1. Aspecto microscópico: B – 807: Metástasis a vagina de un carcinoma anaplásico de origen renal

Hay necesidad de puntos hemostáticos que se realizan sin método anestésico. Se dejó tapón vaginal por 72 h. Una semana después la paciente refirió que se le salía algo por los genitales.

Examen físico:

Lesión exofítica exuberante de más de 5 cm que se tuerce sobre su eje. Se secciona, se dan puntos y se ingresa con hemoglobina de 60 g/l. Tres días después presenta sangramiento en forma de sábana, se traslada al hospital Oncológico.

USG: Presencia de adenopatías a nivel de ganglios linfáticos periesplénicos y peripancreáticos.

Citoscopia: Negativa.

DISCUSIÓN

El aspecto macroscópico del tumor es muy característico, puede presentarse en cualquier porción del riñón, pero por lo regular aparece en los polos, generalmente superiores. Las neoplasias suelen ser lesiones unilaterales únicas, pero a veces se dice que ocurre nacimiento simultáneo de neoplasias bilaterales. Son masas redondas de 3-15 cm de diámetro, constituidas por tejido de color amarillo-blanco grisáceo, que deforman el contorno renal. Crecen en expansión de manera que empujan el parénquima renal circundante y no se desarrollan por infiltración. Sin embargo, con el tiempo suelen emitir prolongaciones al parénquima renal adyacente, en la cual se aprecian pequeños nódulos satélites, prueba evidente del carácter agresivo.

Una de las características frecuentes de este tumor es la tendencia a hacer metástasis difusas antes de originar manifestaciones locales. Es frecuente en pulmones, ganglios linfáticos, hígado y suprarrenales, en general puede afectar casi todos los órganos, es poco frecuente en ojos y vagina.

Clínicamente hay tres signos clásicos de valor diagnóstico: dolor costovertebral, masa palpable y hematuria.⁴ Además, se considera uno de los grandes imitadores de la medicina, porque tiene tendencia a producir síntomas generales diversos sin relación con los riñones.⁵

Este tipo de tumor tiene una clasificación recientemente revisada, basada en factores histológicos, citogenéticos y hereditarios.⁶

Las principales variedades son las siguientes:

1. Carcinoma (no papilar) de células: es la variedad más frecuente, le corresponde de un 70-80 % de las neoplasias renales. El 98 % de ellos, familiares, o esporádicos, tienen una delección o una traslocación cromosómica desequilibrada.

2. Carcinoma papilar: constituye del 10-15 % de los carcinomas renales. Se caracteriza por su crecimiento papilar y también existen formas familiares y esporádicas. No se asocia a delecciones de 3 p. Las alteraciones citogenéticas más frecuentes son la trisomía 7, 16 y 17 y la pérdida del cromosoma Y en los varones.⁷

3. Carcinoma renal cromófago: constituye el 5 % de los carcinomas renales y se caracteriza por células con una membrana muy prominente y un citoplasma eosinófilo pálido. En el estudio citogenético presenta numerosas pérdidas cromosómicas y una hipodiploidía extraordinaria.^{8,9}

Los tres signos clásicos antes señalados sólo se observan en el 10 % de los casos. El más fidedigno de ellos es la hematuria que puede ser intermitente o microscópica, por lo que el tumor puede alcanzar hasta de 10 cm de diámetro, momentos en los que aparecen síntomas generales.

Actualmente muchos se detectan en fase sintomática gracias a estudios de imagenología que se practican por otros motivos. Además, se pueden presentar síntomas paraneoplásicos atribuidos a la formación anormal de hormonas como policitemia, hipercalcemia, hipertensión arterial, cuadros de feminización y masculinización.¹⁰

La supervivencia media a los cinco años de las pacientes con carcinomas de células renales es de alrededor del 45 %, y alcanza el 70 % si no hubo metástasis a distancia. Cuando hay invasión de la vena renal o propagación a la grasa perirenal, las cifras descienden del 15 a 20 %.

CONCLUSIONES

La edad de la paciente estudiada se corresponde con lo planteado en la bibliografía revisada, ya que este tipo de lesión aparece entre los 55 y 70 años. La evolución posquirúrgica fue tórpida, falleció a los cuatro meses de operada. El tiempo de supervivencia de las pacientes con metástasis en el momento de la nefrectomía sólo es de seis a nueve meses. No recibió tratamiento paliativo (quimioterapia o radiaciones) después del acto quirúrgico. Es aceptado que el adenocarcinoma renal puede diseminarse por vías hematógenas a venas ováricas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins. Patología estructural y funcional. Madrid: Editorial McGraw Hill Interamericana; 2000. p.1034-7.
2. Eble JN. Tumors of the kidney. Semin Diagn Pathol 1998;15:1-81.
3. Storkel S. Classification of renal cell carcinoma. Cancer 2000;80:987.
4. Savage PD. Renal cell carcinoma. Curr Opin Oncol 1999;8:247.
5. Lager DJ. Papillary renal tumors. Cáncer 2000;76:669.
6. Motzer RJ. Medical progress: renal cell carcinoma. N Engl J Med 1999;335:865.

7. Sidhar SK. The (T;1) (p1 1.2 ; q 21.2) translocacion in papillary renal cell carcinoma fuses a noval gene PRCC to the TFE3 transcription factor gene. Hum Mol Genet 2000;5:1333.
8. Jeffers M. Activating mutation for the Met Tyrocine Kinase receptor in human cancer. Proc Natl Acad Sci USA 2000; 11: 445.
9. Ponder BAJ. Genetic predisposition to cancer. En: Holland JF, editors. Cancer Medicine. 4th ed: Baltimore: Williams and Wilkins; 1997. p. 245.
10. Nathanson L, Hall TC. Introduction: paraneoplastic syndrome. Semin Oncol 2000;24: p. 265.

Recibido: 8 de noviembre de 2003

Aceptado: 10 de febrero de 2004

Dr. Gustavo Crespo Campo. Especialista de I Grado en Ginecobstetricia.
Hospital Provincial Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora. Camagüey.
Cuba.