

Tumor de Células Cromófobas: A propósito de un caso

Chromophobe Cell Tumor: Clinical Case Presentation

Fanny Angulo⁽¹⁾, Ana Castillo⁽²⁾, Rafael Angulo⁽¹⁾

Asociación Científica Universitaria de Estudiantes de Medicina - Universidad de Los Andes. Mérida - Venezuela

RESUMEN

El carcinoma de células renales representa más del 90% de los tumores malignos del riñón y se observa con mayor frecuencia en varones entre la 60 a 70 años. El carcinoma de células cromófobas representa de 5 a 8% de los carcinomas de células renales. Sus metástasis más frecuentes son a pulmón (50%) y a hueso (33%). El tratamiento de elección es la nefrectomía radical con una sobrevivencia en 5 años del 45%. Presentamos el caso clínico de una paciente de 63 años, con dolor lumbar de leve intensidad. Los estudios imagenológicos revelan tumoración en polo inferior de riñón izquierdo de 6x6cm aproximadamente. Se realiza laparotomía exploradora y se decide nefrectomía radical. El estudio histopatológico informa carcinoma renal de células cromófobas. Se indica quimioterapia con evolución satisfactoria.

Palabras Clave: Células cromófobas, carcinoma renal

ABSTRACT:

Renal cell carcinomas represent more than 90% of malignant renal tumors, and 1 to 3% of visceral carcinomas. It's more frequent in male adults who are between the 6th and 7th decade of life. Chromophobe cell carcinoma represents 5 to 8% of all renal carcinomas. The metastases from this tumor are more frequent to lung (50%) and bone (33%). Choice treatment is radical nephrectomy, with survival rate of 45% at 5 years. We present a clinical case of a 63 year old female patient with lumbar pain. Image studies (ACT and Ultrasound) reported a tumor-like lesion in the lower left kidney pole of approximately 6x6cm. Exploratory laparotomy was performed and nephrectomy was decided. Histopathology study reported chromophobe cell renal carcinoma. Chemotherapy was indicated with satisfactory outcome.

Keys words: Chromophobe renal cell carcinoma

INTRODUCCIÓN:

Los tumores de células renales representan 1-3% de todas las neoplasias del ser humano⁽¹⁻⁴⁾. 90% de los tumores malignos del riñón corresponden a carcinoma de células renales (CCR), seguido por el tumor de Willms, y las neoplasias de las cálices y la pelvis renal⁽¹⁾. El CCR generalmente se observa entre los 60 a 70 años, con predominio del sexo masculino^(2,5,6), su factor de riesgo más relevante es el hábito tabáquico (puros y pipa) seguido de la obesidad^(2,6,7). y en la

actualidad existen cuatro grupos histológicos: Carcinoma de células claras, papilar o cromófilico, de células cromófobas y de los conductos colectores distales^(1,2).

El carcinoma de células cromófobas es un tumor maligno infrecuente, representa de 5 a 8% de los CCR y se cree que surge a partir de las células intercaladas de los conductos colectores^(1,2,8-12). Estos tumores se presentan con patrón esporádico o familiar^(1,6,11), y clínicamente en 10-20% de los casos y tumores mayores de 10 cm cursan con la triada clínica clásica conformada por: Dolor costovertebral, masa palpable y hematuria^(1,2,6). Macroscópicamente son de tamaño variable, bien circunscritos, lobulados, de color pardo-claro, de consistencia carnosa, con áreas hemorrágicas y ocasionalmente necrosis. Histológicamente se observan células eosinófilas y pálidas, con halo perinuclear, dispuestas en nidos, delimitadas por tabiques engrosados de tejido conectivo y células voluminosas alrededor de los vasos sanguíneos^(2,12,13). El diagnóstico se realiza por: Tomografía Axial Computarizada (TAC), Resonancia Magnética (RM), citología de orina y la biopsia la cual establece el diagnóstico definitivo^(2,6). Las metástasis son más frecuentes a pulmón (50%) y hueso (33%)⁽²⁾ y la Nefrectomía Radical representa el tratamiento de elección^(2,14).

La importancia de presentar este caso clínico radica en que el Carcinoma de Células Cromófobas a parte de ser a nivel mundial una variante infrecuente de CCR, en nuestra casuística, representa el único caso informado en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes en el periodo enero 1996 a diciembre 2006.

1. Estudiante de Medicina Humana de la Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

2. Médico Patólogo, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida, Venezuela.

Correspondencia: Rafael L. Angulo

Correo_e: leonardo_rafa29@hotmail.com

Manuscrito recibido el 21 de abril de 2007 y aceptado para publicación el 18 de junio de 2007

CASO CLÍNICO

Se presenta caso clínico de paciente femenino de 63 años de edad, con dolor lumbar bilateral de seis meses de evolución, de leve intensidad sin irradiación, ni concomitantes, que aliviaba con analgésicos comunes.

Presenta como antecedentes de importancia hipertensión arterial de 2 años de evolución con tratamiento a base de Candesartan cilexetilo (8 mg diarios) y tumorectomía mamaria 16 años previos (no se conoce el diagnóstico histológico).

Al examen físico se valora paciente en buenas condiciones generales, con índice de masa corporal mayor a 40 kg/m². Abdomen blando, deprimible, no doloroso a la palpación. Puñopercusión lumbar negativa. El resto de la exploración física sin hallazgos relevantes.

Los estudios paraclínicos revelan una ligera disminución de la hemoglobina al ingreso (11.6 gr/dl) y en el periodo postoperatorio (11.7 gr/dl). A su vez se observa trombocitopenia con valores entre 98x10³ mm³ y 113x10³ mm³, que sugiere posible alteración del sistema inmunológico, depleción de la médula ósea o una neoplasia de etiología a precisar. El resto de los exámenes se encuentran entre los valores normales.

Se realiza ultrasonido muestra riñón izquierdo con contornos irregulares en polo inferior, con imagen de aspecto tumoral que compromete parénquima, parte del seno y la cápsula renal y mide 6x6 cm aproximadamente. En riñón derecho se aprecian dos imágenes hiperecogénicas de pequeño tamaño, compatible con urolitiasis.

Se decide TAC que revela tumoración en polo inferior de riñón izquierdo. Las características imagenológicas post-contraste, sugieren posible tumor maligno de 6x6 cm aproximadamente. En riñón derecho se aprecia lesión ocupante de espacio que mantiene la fascia perirenal. (Figura 1)

Se envía muestra de orina para realizar citología exfoliativa, en la cual histológicamente se observan células uroteliales sin atipias, abundantes células escamosas, bacterias y leucocitos escasos. Conclusión diagnóstica: Negativo para malignidad.

Se decide laparotomía exploradora y se confirma la presen-

cia de tumoración en polo inferior de riñón izquierdo. Se practica nefrectomía radical y se envía muestra para estudio histopatológico que reporta espécimen quirúrgico por nefrectomía izquierda, con abundante tejido adiposo perirenal. Al corte es semifirme. A nivel del polo inferior se observa tumoración de 6x7 cm, de color prado-amarillenta con áreas de hemorragia y necrosis que infiltran parénquima, cálices y pelvis renal. El resto de la superficie de corte muestra arquitectura macroscópica habitual. El examen microscópico evidencian pérdida de la arquitectura renal, dado por lesión neoplásica de estirpe epitelial, constituidas por células eosinófilas con halo perinuclear, núcleos monomórficos, algunos con pleomorfismo y nucleolo pequeño, con células prominentes que rodean los vasos sanguíneos e infiltran la pelvis renal. La conclusión diagnóstica es CCR, carcinoma de células cromófobas moderadamente diferenciado. (Figura 2)

Se indican 6 ciclos de quimioterapia cada 21 días, a base de: Ciclofosfamida 600 mg/m² Sc 924 diy8 y Vinblastin 7 mg/m² Sc 10.78 (10 u) diy8. La paciente se negó a realizar el tratamiento, sin embargo la evolución clínica ha sido satisfactoria, actualmente se encuentra asintomática.

DISCUSIÓN

El carcinoma de células renales también llamado hipernefoma o adenocarcinoma renal representa más del 90% de los tumores malignos del riñón. Una variante histológica de CCR está dada por el carcinoma de células cromófobas que crece a partir de las células intercaladas de los conductos colectores, por lo que antes de que esta entidad se reconociera como una categoría especial de carcinoma renal, era diagnosticado como Oncocitoma^(1,2,8-11). Bannasch y col. fueron los primeros en reportar tumores de células cromófobas en los riñones de animales expuestos a nitrosomorfina en el año de 1974⁽¹⁾. En 1985, Thoenes y col. reconocieron esta variante dentro de los tumores epiteliales de los riñones humanos^(1,18).

Los carcinomas de células cromófobas pueden ser esporádicos o familiares. En los esporádicos no se registran antecedentes familiares, mientras que en los familiares tiene un

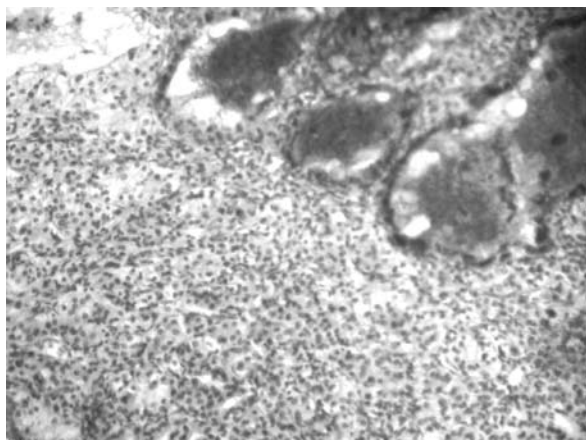


FIGURA 1. Corte histológico de riñón a 10x

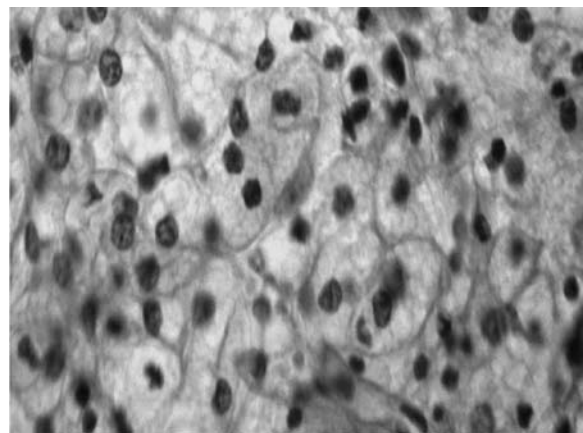


FIGURA 2. Corte histológico de riñón a 100x

patrón hereditario, asociándose estos tumores a alteraciones genéticas y a la pérdida de los cromosomas 1 e Y, así como por la pérdida combinada de los cromosomas 1,2,6,10,13,17 y 21 observada en 90% de los casos, por lo que la citogenética resulta útil para establecer diagnóstico^(1, 6,11). El caso presentado, corresponde a la forma esporádica.

La triada clínica clásica no siempre se manifiesta. En este caso sólo uno de los signos de la misma estuvo presente lo cual dificultó el diagnóstico clínico para CCR.

Para facilitar el diagnóstico es necesaria la ayuda de pruebas de extensión como la imaginología. La TAC y el ultrasonido fueron de valiosa utilidad para orientar la etiología del cuadro clínico y planificar la conducta clínico quirúrgica a emplear. La citología no fue útil, ya que mostró escasa sensibilidad para la demostrar el tipo de lesión, arrojando un diagnóstico de negatividad para malignidad. El diagnóstico definitivo se realiza por estudio anatomopatológico adecuando los aspectos morfológicos microscópicos característicos del carcinoma de células cromóforas y establecer diagnóstico diferencial con las demás neoplasias benignas y malignas primarias del riñón^(2, 6).

El tratamiento adyuvante con quimioterapia mejora la supervivencia del paciente posterior a la nefrectomía. Se indicó tratamiento a base de quimioterapia el cual la paciente se negó a cumplir, sin embargo a mostrado evolución satisfactoria en los dos años posteriores a la intervención quirúrgica, lo que habla a favor de la efectividad de la nefrectomía como tratamiento de elección para los CCR⁽²⁾.

Cabe destacar que de los grupos histológicos de CCR, el carcinoma de células cromóforas representa una variante infrecuente y en nuestra institución ha sido el primer caso diagnosticado en los últimos 10 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado I, Atencio A, Rodríguez C, Sosa A. Carcinoma Renal de Células Cromóforas. Un estudio clínico patológico de 36 casos. *Gac Méd Méx* 2002; 138:421-25
2. Cotran R, Kumar V, Collins T. Patología estructural y funcional. 6ta edición. México DF: MacGraw- Hill Interamericana, 2000: 971-1039
3. Murphy WM, et al. Tumors of the urinary bladder, urethra, ureters, renal pelvis, and kidneys. 3rd series. Fascicle 4
4. Eble JN. Tumor of the kidney. *Semin Diagn Pathol* 1998; 1:81.
5. Rensshaw AA, Richie JP. Subtypes of renal carcinoma. Different onset and sites of metastatic disease. *Am J Clin. Pathol* 1999; 111: 539-49
6. Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson L. Harrison, Principios de medicina interna. 16va edición. Chile: MacGraw- Hill Interamericana, 2005: 1809-900
7. Savage PD. Renal cell carcinoma. *Cur Opin Oncol* 1996; 8:247
8. Crotty TB, Farrow GM, Lieber MM. Chromophobe cell renal carcinoma: clinicopathological features of 50 cases. *J Urol* 1995; 154:1964-7
9. Cheville JC, Lohse CM, Zicke H, Weaver AL, Blute MC. Comparison of outcome and prognostic features among histologic subtypes of renal cell carcinoma. *Am J Surg Pathol*. 2003; 27:612-24.
10. Peyromaure M, Misrai V, Throunn N, Vieillefond A, Zerbib M, Flam TA, Debré B. Chromophobe renal cell carcinoma. Analysis of 61 cases. *Cancer* 2004; 100(7):1406-9.
11. Kovacks A, Kovacks G. Low chromosome. Number in chromophobe renal cell carcinoma. *Genes chromosomes cancer* 1992; 4: 267-8
12. Bostwick D, Eble J. Urologic surgical pathology. St Louis Missouri: Mosby, 1997: 92-7
13. Tickoo SK, Amin MB. Discriminant nuclear features of renal oncocytoma and chromophobe renal cell carcinoma. Analysis of their portential utility in the differential diagnosis. *Am J Clin Pathol* 1998; 110: 782-87.
14. Sotelo R, Rocafull S, Hanssen A, Garcia-Segui A, Keklikian, W, Novoa J., Perez H., Karam O. Técnica de Nefrectomía Radical Lumboscópica con 3 trocares. *Rev Ven Urol* 2003; 49: 53-9
15. Sabiston D. Tratado de patología quirúrgica. 15va edición. México DF: MacGraw- Hill Interamericana, 2000: 1638-43
16. Storkel S, et al. Clasificación of renal cell carcinoma. *Cancer* 1997; 80: 987
17. Amin MB, Moch U, Alvarado-Cabrero I, Jimenez RE, et al. Chromophobe renal cell carcinoma: Histopathologic and prognostic features in 116 cases. *Mod Pathol* 2001; 14:578.
18. Thoenes W, Storkel S, Rumpelt HJ. Human chromophobe renal cell carcinoma. *Virchows Arch* 1985; 48:207-17