

Tumor sincrónico renal ipsilateral, carcinoma de células claras y carcinoma urotelial: a propósito de un caso

Synchronous ipsilateral renal tumor, clear cell carcinoma and urothelial carcinoma: case report

Mario Farias¹, Martha Anzola¹, Melisse Milano², Pierina Petrosino², Asmiria Arenas²

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

¹ Interno de Medicina, Instituto Autónomo Hospital, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

² Médico Anatómo-Patólogo, Docente de la Unidad de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

RESUMEN

El tumor de células renales representa el 1% de los tumores del adulto y del 90 al 95% de las neoplasias malignas renales. Los tumores de células renales son un grupo heterogéneo con distintiva histopatología, genética y presentación clínica. Se caracterizan por un alto grado de malignidad, siendo el carcinoma de células claras el más común de éstos con un 60%. El carcinoma urotelial tiene una incidencia de 7% en la población, localizándose en vejiga (90%), pelvis renal (8%) y uréter o uretra (2%). Presentamos un nuevo caso de aparición simultánea de carcinoma de células renales y carcinoma urotelial ipsilateral en un paciente masculino de 69 años a quien se le practicó nefrectomía con el diagnóstico de tumor renal izquierdo. El estudio histopatológico informó un tumor sincrónico ipsilateral constituido por carcinoma de células renales de tipo células claras y carcinoma urotelial de alto grado.

Palabras Clave: Carcinoma, carcinoma de células transicionales, carcinoma de células renales, neoplasias renales.

ABSTRACT

The renal cell tumor represents 1% of the neoplasias in the adult and from 90% to 95% of the malignant renal neoplasias. The renal cell tumors are a heterogenic group, with distinctive histopathology, genetic and clinic presentation. The main characteristic of the tumors are a high grade malignity being the clear cell carcinoma the most common of the group with a 60%. The Transitional cell carcinoma has an incidence of 7% in the population located mainly in urinary bladder (90%), renal pelvis (8%) and urether o urethra (2%). We present a new a case of simultaneous appearance of renal cell carcinoma and transitional carcinoma on a male patient 69 years old in whom a radical nephrectomy was perform with the diagnose of left renal tumor. The histopathology study reported a synchronic ipsilateral tumor, constituted by a renal cell carcinoma, clear cell type and a high grade transitional cell carcinoma.

Keywords: Carcinoma, transitional cell carcinoma, renal cell carcinoma, kidney neoplasms.

INTRODUCCIÓN

El tumor de células renales representa el 1% de los tumores del adulto y del 90 al 95% de las neoplasias malignas renales. Los tumores de células renales son un

grupo heterogéneo con distintiva histopatología, genética y presentación clínica que se caracterizan por un alto grado de malignidad, siendo el carcinoma de células claras el más común de esta clase con 60%. El tumor de células uroteliales tiene una incidencia del 7% en la población, localizándose en vejiga (90%), pelvis renal (8%) y uréter o uretra (2%); estos tumores exhiben un marcado polimorfismo⁽¹⁾.

La aparición sincrónica de tumores de células claras y de células uroteliales es una entidad, aunque no excepcional, sí sumamente infrecuente y más aún en el mismo riñón. Graves y Templeton, en el año 1921, fueron los primeros en describir un tumor sincrónico de células transicionales y células renales en el mismo riñón⁽²⁾. Desde entonces hasta ahora se ha publicado aproximadamente un total de 47 casos, de los cuales nueve se han realizado en publicaciones en español⁽³⁾ y sólo uno de estos ha sido informado en Venezuela⁽⁴⁾.

Presentamos este nuevo caso y realizamos un análisis de su tratamiento y evolución posterior, así como revisión de los casos publicados, mencionando las características clínicas y patológicas más significativas y las comparamos con el nuestro.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 69 años, quien consulta por presentar dolor en el flanco izquierdo de moderada intensidad, carácter punzante, sin irradiación ni remisión, poliaquiuria, disuria y hematuria de seis meses de evolución; además, refiere sensación de alza térmica, escalofríos, náuseas, mialgias y astenia.

Como antecedentes médicos describe EPOC diagnosticada hace 12 años, no refiere antecedentes familiares de importancia; señala consumo de tabaco por 30 años, con un consumo aproximado de media caja al día. No reseña antecedentes quirúrgicos.

Se halla al paciente en aparente buenas condiciones generales, afebril al tacto, hidratado y consciente, presentando una presión arterial de 150/100mmHg, pulso de 98 p/min, frecuencia respiratoria de 27 resp/min y temperatura de 37°C (axilar). A la exploración funcional refiere cefalea, mareos, disnea, tos, palpitations, náuseas, disuria, poliaquiuria, hematuria, artralgias y mialgias. Presenta en cavidad oral edéntula parcial; el aparato respiratorio revela tos seca sin expectoración, tórax en quilla, simétrico, hipoexpansible, respiración predominantemente de tipo abdominal, taquipnea y uso de músculos accesorios, sonoridad a la percusión y murmullo vesicular aumentado; en cuanto a la condición cardiopulmonar se aprecia palpitations y taquicardia; a nivel gastrointestinal se encuentra abdomen prominente a expensas de tejido adiposo, resistente a la palpación, doloroso a la palpación profunda y con evidente matidez

a la percusión en flanco izquierdo, hipocondrios y epigastrio; orina de aspecto turbio, color café-rojizo opaco; puntos ureterales dolorosos, puño-percusión positiva, destacada matidez renal izquierda y masa palpable en el flanco izquierdo, no dolorosa, sólida, inmóvil, redondeada, de aproximadamente 10cm de diámetro, de bordes irregulares y límites difusos. El resto del examen físico se presenta sin alteraciones.

Se decide su ingreso con el diagnóstico clínico de pielonefritis y tumor renal a descartar.

Las pruebas complementarias de laboratorio reportaron Velocidad de Sedimentación Globular aumentada, anemia leve (Hb: 10,8g/dl), hematuria macroscópica con presencia de coágulos vermiformes, sedimento urinario inflamatorio con piocituria, leucocituria y proteinuria, pH ácido, urocultivo positivo para *E. coli*.

Como tratamiento inicial se usó ciprofloxacina oral de 500 mg, cada 12 horas, por siete días a partir del día de consulta y se observó una mejoría leve.

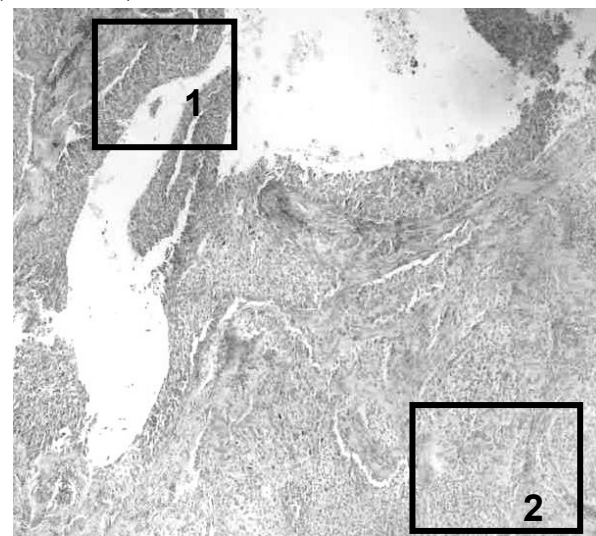
El ultrasonido renal reportó masa de aspecto tumoral en riñón izquierdo con extensas áreas de necrosis, de aproximadamente 12x10 cm. Se realiza TAC abdominal con confirmación de dicho diagnóstico (Figura 1); se decide, por tanto, practicar nefrectomía radical izquierda y posterior estudio anatomopatológico.

Se recibe para estudio anatomopatológico, pieza quirúrgica correspondiente a riñón izquierdo de 15x7x6cm, con superficie externa deformada y cápsula

Figura 1. TAC abdominal señalando tumor renal



Figura 2: Carcinoma urotelial (1) y carcinoma de células claras (2) (Aumento 10x).



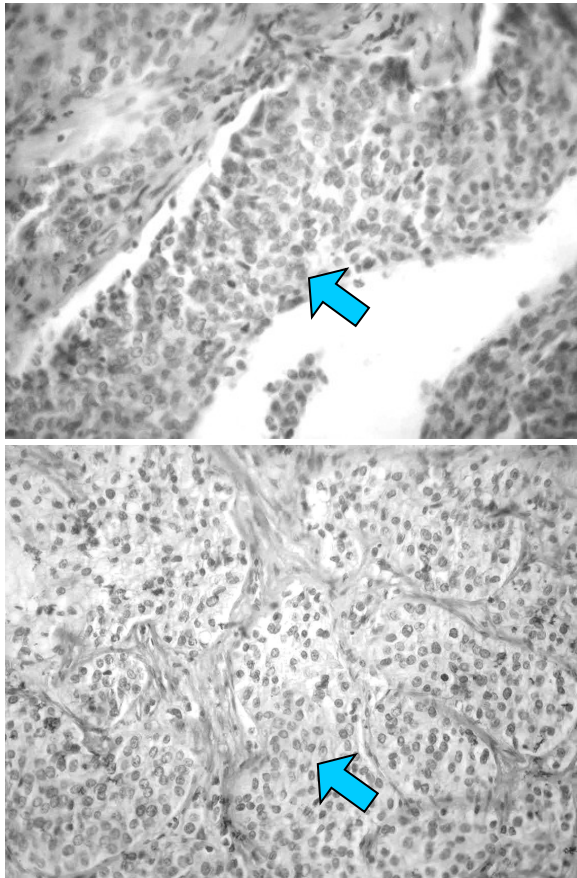


Figura 3: Superior: Carcinoma de células claras. Inferior: Carcinoma urotelial (40x)

renal focalmente engrosada. Al corte se observa pérdida de la arquitectura general del órgano, dada por la presencia de múltiples lesiones de aspecto tumoral, blanco-grisáceas y friables acompañadas por extensas áreas de necrosis, localizadas en las áreas cortical y medular, de bordes infiltrativos, mal definidos de 12,5x10x6cm.

El estudio histopatológico muestra sustitución de la arquitectura histológica por la presencia de neoplasia maligna de estirpe epitelial, constituida por células con moderado citoplasma claro, bien delimitado con núcleos pleomórficos, algunos hiper cromáticos, otros con cromatina en grumos, reforzamiento de la membrana nuclear y nucléolos prominentes; dichas células se disponen en nidos rodeadas por delicadas bandas de tejido conectivo vascularizado. En otras áreas se identifica simultáneamente otra neoplasia de estirpe epitelial constituida por células con moderada cantidad de citoplasma, núcleos pleomórficos, dispuestos en varias

capas, en áreas con tendencia a formar estructuras papilares y presencia de mitosis atípicas. Se observa extensa infiltración de la cápsula renal, permeación vascular y extensa necrosis (Figura 3).

El diagnóstico anatomopatológico fue de tumor sincrónico ipsilateral constituido por carcinoma de células renales de tipo células claras y carcinoma urotelial de alto grado (Figura 3). Al cabo de dos meses, el paciente se encuentra asintomático y sin signos que evidencien trastornos urológicos ni diseminación oncológica.

DISCUSIÓN

Este caso representa el primer sincronismo de carcinoma de células claras y carcinoma de celular uroteliales reportado en el Instituto Autónomo Hospital de la Universidad de Los Andes, este sincronismo representa el 0,14% de los tumores renales⁽⁵⁾.

La presentación de nuestro caso coincidió con la literatura en que esta entidad anatomo-patológica se presenta con mayor frecuencia en el lado izquierdo que en el derecho, además, concuerda con una mayor incidencia en el sexo masculino, así como el grupo etario al cual pertenece nuestro paciente⁽⁶⁻⁹⁾; de igual manera se ajusta con el antecedente tabáquico como potencial agente causal, que abarca el 24% de los afectados^(8,10).

Hasta 90% de pacientes con este tipo de enfermedad presenta hematuria al diagnóstico, el dolor en el flanco se manifiesta en 19% y el efecto masa en 14%^(11,12) y la presentación en conjunto de estos tres parámetros, que representa la tríada clásica de un tumor renal, se da en 10 a 20% de pacientes; también se ha descrito como complicaciones principales urinomas secundarios a hidronefrosis⁽¹³⁾, pielonefritis y hematoma retroperitoneal espontáneo⁽¹¹⁾; y se habla que existía metástasis al momento del diagnóstico en 24% de los casos⁽¹²⁾. Adicionalmente, se complicó con pielonefritis aguda, siendo ésta una de las afecciones secundarias principales⁽¹¹⁾.

Siguiendo el protocolo de estudio, en presencia de un posible caso de cáncer renal, se realizó ecografía y posteriormente TAC abdomino-pélvica⁽¹⁾, que al igual, que en la mayoría de los casos reportados de sincronismo ipsilateral, no arrojaron indicios de dos tumores. Con el diagnóstico planteado, se procedió a realizar nefrectomía radical izquierda, lo cual concuerda con el procedimiento de elección en la mayoría de estos casos.

En estos extraños casos de sincronismo, el tratamiento de elección es la nefroureterectomía, ya que se sabe de una recurrencia del carcinoma de hasta 84% en el uréter ipsilateral; sin embargo, debido a la dificultad diagnóstica previa a la cirugía ha sido la nefrectomía radical la más empleada. De igual manera, en pacientes de edad avanzada, con márgenes ureterales libres y en tumores de bajo grado, debe discutirse el riesgo que representa una ureterectomía diferida. El porcentaje de recidivancia en pacientes con tumor solitario grado I es de 7% y se incrementa hasta el 30% en pacientes con tumores grado II; grados más altos y la presencia de multifocalidad acentúan aun más el riesgo de recurrencia en uréter ipsilateral^(7,9,14). El diagnóstico definitivo se consigue con precisión a través del estudio anatomopatológico⁽⁶⁾.

Si bien se podría asumir que la aparición de ambos tumores, de forma paralela, ensombrece el pronóstico de estos pacientes, es paradójico que la evolución no varía más allá de la presentación de estas neoplasias individualmente^(6,7); incluso suelen ser tumores de bajo grado⁽¹²⁾. Aunque el estudio anatomopatológico realizado reveló tumores de alto grado, dato que no se corresponde a lo usualmente encontrado⁽¹²⁾, la evolución fue positiva y compatible con lo descrito para cada tipo de neoplasia por separado; a los dos meses de realizado el procedimiento quirúrgico, el paciente se encontraba asintomático, sin recidiva oncológica ni síntomas o signos de diseminación, cumpliendo la tesis que expone que estas enfermedades en conjunto no son más letales de lo que serían individualmente.

Esta rara presentación de sincronismo de carcinoma renal y carcinoma de células transicionales en el mismo riñón ha sido el segundo reportado en nuestro país, el décimo publicado en español y aproximadamente el número 48 a nivel mundial.

Se supone que en un futuro, con los avances y mejoras en los diagnósticos por imagen y los estudios genéticos y moleculares, se estará más capacitado para el examen y el hallazgo de grupos genéticos que actúen en simultaneidad y que de esta manera ayuden a explicar con mayor precisión y especificidad qué personas serán más susceptibles de desarrollar un tipo tumoral u otro y así lograr realizar una verdadera prevención o tratamiento en pro del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kasper D, Fauci A, Longo D y col. Harrison. Principios de medicina interna. 16a ed. México D.F. 2006.
2. Graves R, Templenton E. Combined tumors of the kidney. *J Urol.* 1921; 5:517-37
3. Hasan W, Al-bareeq R, Durazi M, y col. Simultaneous renal cell carcinoma of the kidney and transitional cell carcinoma of the bladder. *Can J Urol.* 2002; 9:1565-7.
4. Berríos M, Guaiquirian L, Rojas J, Pinto F, De Prisco M, Martínez J, y col. Carcinoma de células renales y carcinoma de células transicionales sincrónico ipsilateral. Reporte de un caso, Caracas, Venezuela. Ponencia en: XXVII Congreso de la Confederación Americana de Urología. Punta Cana, República Dominicana, 2004.
5. Von Eschenbach D, Johnson D, Ayala A. Simultaneous occurrence of renal adenocarcinoma and transitional cell carcinoma of the renal pelvis. *J Urol.* 1977; 116:105-6.
6. Bernie J, Albers L, Baird S, Parsons C. Synchronous ipsilateral renal adenocarcinoma, transitional cell carcinoma of the renal pelvis and metastatic renal lymphoma. *J Urol.* 2000;164:773-4.
7. Merenciano F, Laforga J, De la Morena E, y col. Carcinoma transicional de uréter y carcinoma ipsilateral sincrónico de células renales en riñón hidronefrótico: Asociación infrecuente. *Actas Urol Esp.* 2001; 25:380-4.
8. Hart A, Brown R, Lechago J. Collision of transitional cell carcinoma and renal cell carcinoma in a single kidney: an immunohistochemical study and review of the literature. *Cancer.* 1994; 73:154-9.
9. Ferrero P, Guzmán J, Morga M, y col. Carcinoma de células transicionales y adenocarcinoma de células renales: caso inusual de asociación en el mismo riñón. *Actas Urol Esp.* 1998; 22:431-3.
10. Wang M, Tseng C, Lan R. Double cancers of the kidney and ureter complicated with emphysematous pyelonephritis within the parenchyma of the renal tumor. *Scand J Urol Nephrol.* 1999; 33:420-2.
11. Gómez I, Rodríguez R, Conde S, Sanz E, García R, Palmeiro A. Tumor sincrónico renal: asociación de adenocarcinoma renal y tumor transicional de pelvis renal, en el mismo riñón, un hallazgo excepcional. *Actas Urol Esp.* 2005; 7:711-4.
12. Fernández M, Santos D, Castro F, y col. Carcinoma renal de células claras y carcinoma ipsilateral sincrónico: Aportación de un nuevo caso y revisión de la literatura. *Arch Esp Urol.* 2005; 5:460-3.
13. Fukasawa M, Kobayashi H, Matsushita K, y col. Intraperitoneal rupture of giant hydronephrosis due to ureteral cancer accompanied by renal cell carcinoma. *J Urol.* 2002; 167:1393-4.
14. Michel K, Belldegrun A. Synchronous RCC and TCC of the kidney in a patient with multiple recurrent bladder tumors. *Rev Urol.* 1999;1(2):99-103.

Correspondencia:

Mario Farias

Av. Las Américas con Ezzio Valeri, Urb. "Parque Las Américas", Torre "C", Piso 6, Apto. 4. Mérida-Venezuela.

Correo_e: mario_farias@hotmail.com

Manuscrito recibido: 26 de setiembre de 2007

Aceptado para publicarse: 11 de diciembre de 2007