

¿Cuál sería su diagnóstico y su manejo terapéutico?

What should the diagnosis and treatment be?

Paciente varón de 81 años de edad con antecedentes personales de hipotiroidismo, hipertrrofia benigna de próstata, glaucoma y nefrectomía derecha por carcinoma renal de células claras en Junio de 2004 (Fig. 1). Actualmente presenta metástasis pulmonares bilaterales en seguimiento por el Servicio de Oncología quien, hasta la fecha, no ha considerado indicado el inicio de tratamiento quimioterápico.

Acude a consultas externas de Cirugía Oral y Maxilofacial por presentar tumoración en borde lateral lingual de varias semanas de evolución. A la exploración física distinguimos una tumoración excrecente polilobulada y friable en borde posterolateral derecho de la lengua y dimensiones de 2x1 cm (Fig. 2). El resto de la exploración es normal, no palpándose adenopatías cervicales clínicamente positivas.

Ante estos hallazgos tomamos una muestra para biopsia.

El estudio anatómopatológico objetiva metástasis ulcerada de carcinoma de células claras y, dados los antecedentes clínicos del paciente, se diagnostica como metástasis del carcinoma renal.

Como estrategia terapéutica a seguir consideramos la extirpación local de la lesión ya que el estado general del paciente era bueno y presentaba molestias en la zona.

Mediante anestesia local se procede a su extirpación y cierre directo.

La pieza quirúrgica obtenida fue descrita macroscópicamente como formación polilobulada irregular de 1,9x1,1 cm de dimensiones máximas, con coloración pardusca y áreas negruzcas al corte. Su estudio histológico definitivo confirmó la metástasis ulcerada de carcinoma de células claras de riñón (Fig. 3).

La evolución del paciente ha sido, hasta el momento, favorable.

Male patient, 81 years of age, with a personal history of hypothyroidism, benign prostatic hypertrophy, glaucoma and right nephrectomy for renal clear cell carcinoma in June 2004 (Fig. 1). He currently has bilateral lung metastasis that is being followed by the Oncology Department which, to date, has not considered starting chemotherapy appropriate.

He had attended the Oral and Maxillofacial Surgery Department on an outpatient basis as a result of a tumor-like mass on the side of his tongue that had been developing for various weeks. His physical examination revealed an excrecent poly-lobulated and friable mass on the right posterolateral border of the tongue that measured 2x1 cm (Fig. 2). The remaining examination was normal, and clinically positive cervical adenopathy was not noted. Given these findings a biopsy sample was taken.

The pathology study indicated ulcerated clear cell carcinoma and, given the clinical antecedents of the patient, it was diagnosed as metastasis from renal carcinoma.

It was decided that local extirpation of the lesion should be the therapeutic strategy, as the general health of the patient was good and he was experiencing discomfort in the area. The lesion was excised using local anesthesia and direct closure was carried out.

The surgical specimen obtained was described macroscopically as an irregular polylobulated formation with a maximum diameter of 1.9 x 1.1 cm that was brownish in color, and which had black areas on being cut. The definitive histopathologic study confirmed ulcerated metastasis of clear cell kidney carcinoma (Fig. 3).

The patient has to date made favorable progress.

Figura 1. RM abdominal previa a nefrectomía derecha. En la superficie anteromedial del riñón derecho se objetiva nódulo de aproximadamente 35 mm de diámetro que presenta intensidad heterogénea asociada a necrosis y/o hemorragias.

Figure 1. Abdominal MR before right nephrectomy. The anteromedial surface of the right kidney has a nodule with a diameter of approximately 35 mm showing heterogeneous intensity consistent with necrosis and/or hemorrhages.

Figura 2. Imagen preoperatoria de la lesión.
Figure 2. Preoperative view of the lesion.

Figura 3. Imagen microscópica de la preparación histológica, donde se observa infiltración de superficie lingual por células de citoplasma claro y prominente patrón vascular.
Figure 3. Microscopic view of the histologic preparation showing infiltration of the lingual surface by cells with clear cytoplasm and a prominent vascular pattern.

Metástasis lingual de carcinoma renal

Lingual metastasis from renal carcinoma

R. del Rosario Regalado¹, S. Gallana Álvarez², T. Creo Martínez¹, J. Herce López¹, S. Pereira Gallardo³

Discusión

Las tumoraciones metastásicas en cavidad oral, especialmente en lengua, son extremadamente raras. Solo un 1% del total de neo-plasias malignas intraorales son metastásicas y, de ellas, solo un 5% aparecen en lengua.¹

Así, Zegarelli y cols.² las describen en un porcentaje del 0,2% del total de lesiones malignas lingüales.

Pulmón, riñón, piel y cerebro suelen ser asiento del tumor primario que posteriormente metastatiza en la cavidad oral. Tienden a hacerlo con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años, y solo en un 20% de los casos se presentan con anterioridad al descubrimiento del tumor primario.³

El carcinoma renal constituye la tercera neoplasia infraclavicular en orden de frecuencia de metastatización en región de cabeza y cuello, haciéndolo en un 15% de los casos.⁴

Generalmente, cuando se desarrollan metástasis de carcinoma renal a nivel lingual, suelen manifestarse como masas exofíticas, pediculadas, ulceradas y con tendencia al sangrado. Estas características hacen necesario el diagnóstico diferencial con el granuloma piógeno en respuesta a un irritante local y con las neoplasias primarias de cavidad oral, ya sean de origen glandular o epitelial. En cualquier caso, el estudio anatomo-patológico de la pieza determinará un diagnóstico definitivo.

En nuestro caso no precisamos ninguna prueba de imagen para el estudio de extensión de la lesión, pero de requerirla, la tomografía computerizada (TC) es la modalidad de elección, permitiéndonos discernir la extensión y vascularización lesional. La angiografía preoperatoria y la embolización secundaria disminuyen el

Discussion

Metastatic tumors to the oral cavity, especially to the tongue, are extremely rare. Only 1% of all intraoral malignant neoplasms are metastatic and, of these, only 5% appear on the tongue.¹

Zegarelli et al.² described a rate of 0.2% of all malignant lingual lesions. Primary tumors that later metastasize to the oral cavity appear to arise in the lungs, kidneys, skin and brain. This tends to happen with a greater frequency in patients that are over the age of 60, and only in 20% of cases do they arise before the primary tumor is discovered.³

Renal carcinoma represents the third infra-clavicular neo-plasm in order of metastatic frequency in the head and neck region, occurring in 15% of cases.⁴

Generally, when renal carcinoma metastasis develops in the tongue, it tends to appear as an exophytic, pedicled, ulcerated mass with a tendency to bleed. These characteristics necessitate a differential diagnosis that includes pyo-genic granuloma in response to a local irritant, and primary neoplasms of the oral cavity, even though these may have a glandular or epithelial origin. In any event, the patho-logic study of the specimen will provide the definitive diagnosis.

In this case of ours, imaging tests were not needed for the extension study of the lesion, but had these been needed, a computed axial tomography is the modality of choice, as it allows discerning the extension and vascularization of the lesion. The preoperative angiography and secondary embolization reduce the risk of bleeding during the biopsy or resection, and it may be indicated in some cases.⁵ The therapeutic strategy that should be followed depends on the location of the tumor and on the metastasis, as well as the general health of the patient. In general, surgical excision is considered the first treatment option, for the primary tumor as well as for metastases in the head and neck. In this way the patient is offered a better quality of life and a possible cure. Traditionally renal carcinoma has been considered radio-resistant, but some studies have shown that this is effective for treating metastatic disease.⁶

¹ Médico Residente.

² Médico Adjunto

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.

³ Médico Residente. Servicio de Anatomía Patológica.

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Correspondencia:

Ruth del Rosario Regalado

Email: draruthdelrosario@gmail.com

riesgo de sangrado durante la biopsia o resección y podría estar indicada en algunos casos.⁵

La estrategia terapéutica a seguir va a depender de la localización tumoral y de las metástasis, así como del estado general del paciente. En general se considera la extirpación quirúrgica como primera opción de tratamiento, tanto del tumor primario como de las metástasis a nivel de cabeza y cuello. Con ello se ofrece un incremento en la calidad de vida del paciente y la posibilidad de curación. Tradicionalmente el carcinoma renal se ha considerado radioresistente pero algunos estudios han demostrado su efectividad en el tratamiento de la enfermedad metastásica.⁶

La quimioterapia puede ser empleada como tratamiento adyuvante en recurrencias postquirúrgicas. Como pauta de tratamiento de la enfermedad metastásica se utiliza interleuquina-2 o interferón alfa; el porcentaje de respuestas parciales ronda el 5-20%, con un porcentaje de pacientes con respuesta completa menor del 5%.⁷

El pronóstico del carcinoma renal con metástasis es pobre. O'Dea y cols. encuentran una supervivencia a los 2 años del 78% cuando se identifican metástasis en la cavidad oral y una supervivencia a los 5 años del 50% cuando el desarrollo de metástasis tiene lugar tras la nefrectomía.⁸

Chemotherapy can be used as adjuvant treatment in cases of postsurgical recurrence. For treating metastatic disease, interleukin-2 is used or interferon alpha. The percentage of partial response is around 5-20%, and the percentage of patients with complete response is less than 5%.⁷

The prognosis for renal carcinoma with metastasis is poor. O'Dea et al. reported a survival rate at two years of 78% when metastasis to the oral cavity is identified, and a survival at 5 years of 50% when metastasis develops after a nephrectomy.⁸

Bibliografía

1. Friedlander AH, Singer R. Renal adenocarcinoma of the kidney with metastasis to the tongue. *J Am Dent Assoc* 1978;97:989-91.
2. Zegarelli DJ, Tsukada Y, Pickren JW, Greene GW JR. Metastatic tumor to the tongue: Report of 12 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1973;35:2002-11.
3. Meyer I, Shklar G. Malignant tumors metastatic to mouth and jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1965;20:350-62.
4. Cheng ET, Greene D, Koch RJ. Metastatic renal cell carcinoma to the nose. *Oto-Laryngol Head Neck Surg* 2000;122:464.
5. Pritchik KM, Schiff BA, Newkirk KA, Krowiak E, Deeb ZE. Metastatic renal cell carcinoma to the head and neck. *Laryngoscope* 2002;112:1598-602.
6. Simo R, Sykes AJ, Hargreaves SP, Axon PR, Birzgalis AR, Slevin NJ, Farrington WT. Metastatic renal cell carcinoma to the nose and paranasal sinuses. *Head Neck* 2000;22:722-7.
7. Reese DM, Corry M, Small EJ. Infusional floxuridine-based therapy for patients with metastatic renal cell carcinoma. *Cancer* 2000;88:1310-6.
8. O'Dea MJ, Zincke H, Utz DC, Bernatz PE. The treatment of renal cell carcinoma with solitary metastasis. *J Urol* 1978;120:540-2.