

Adenocarcinoma renal metastásico en seno maxilar

Torres Muros B*, Solano Romero JR*, Rodríguez Baró JG*, Bonilla Parrilla R**

*Servicios de Otorrinolaringología y de **Urología. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga.

Actas Urol Esp 2006;30(9):954-957

RESUMEN

ADENOCARCINOMA RENAL METASTÁSICO EN SENO MAXILAR

Los tumores metastásicos en senos paranasales y fosas son excepcionales. Se han descrito en la literatura unos 50 casos localizados en seno maxilar. El adenocarcinoma renal es la neoplasia primaria que más frecuentemente metastatiza en la región nasosinusal, seguido de tumores mamarios y pulmonares. Presenta una sintomatología inespecífica siendo la epistaxis el síntoma más frecuente debido a la gran vascularización tumoral.

Tienen un pronóstico pobre con una tasa de supervivencia en torno al 15-30% a los 5 años. El tratamiento de elección es la cirugía.

Palabras clave: Adenocarcinoma renal. Hipernefroma. Metástasis nasosinusal.

ABSTRACT

MAXILLARY SINUS METASTASIS OF RENAL CELL CARCINOMA

Paranasal sinuses and nose metastasis are very uncommon tumors, about 50 have been reported. Renal cell carcinoma is the primary neoplasm which most frequently metastasizes in the nasosinusal region, followed by breast and lung. Symptoms are unspecific, but the epistaxis constitutes the most common sign due to the significant vascularizations of the tumor. Prognosis is poor. The survival rate fluctuates between 15-30% at 5 years. Surgery is the elective treatment.

Keywords: Adenocarcinoma of renal parenchyma. Hypernephroma. Nasosinusal metastases.

El carcinoma primario nasosinusal representa menos del 1% de las neoplasias malignas de cabeza y cuello, y en torno al 3-5% de los tumores de vías aerodigestivas superiores¹, siendo la localización etmoidomaxilar la más frecuente. Los tumores metastásicos en senos paranasales y fosas son excepcionales, se han descrito en la literatura unos 50 casos localizados en seno maxilar. El adenocarcinoma renal es el primario que más frecuentemente metastatiza en la región nasosinusal, seguido de tumores mamarios y pulmonares².

El carcinoma de células renales o hipernefro-
na se caracteriza por la gran tendencia a pre-
sentar metástasis sincrónicas o metacrónicas en
cualquier órgano. La incidencia de metástasis en

cabeza y cuello es del 8% y de ellas el 50% se localizan a nivel de los senos paranasales, soliendo aparecer no como localización única sino en el contexto de enfermedad metastásica múltiple.

Presentamos el caso clínico de una paciente nefrectomizada hace 10 años por hipernefro-
na renal que presenta neoformación de aspecto polipoideo en fosa nasal derecha, que mediante estu-
dio anatomo-patológico y de imagen demostró tra-
tarse de una metástasis única nasal de ade-
nocarcinoma renal.

CASO CLÍNICO

Mujer de 50 años con antecedente de nefrec-
tomía radical izquierda por adenocarcinoma
renal hace 10 años, que acude derivada desde el

Servicio de Neurología por presentar insuficiencia respiratoria nasal derecha de dos meses de evolución acompañada de hiposmia, algia paranasal y hemifacial derecha ocasional sin epistaxis. La paciente recientemente había sido sometida a control por el Servicio de Urología donde no se evidenció presencia de enfermedad. La exploración endoscópica nasal mostraba la existencia de una formación de aspecto polipoideo, pulsátil, de color rojo vinoso y elástica al tacto localizada en fosa nasal derecha y que parecía proceder de seno maxilar ipsilateral.

Se realizó TAC craneal y de senos paranasales con contraste (Figs. 1, 2 y 3) que informó de la existencia de neoformación que asentaba en fosa nasal derecha, ocupándola en su totalidad así



FIGURAS 1 y 2. TAC senos paranasales coronal y axial.

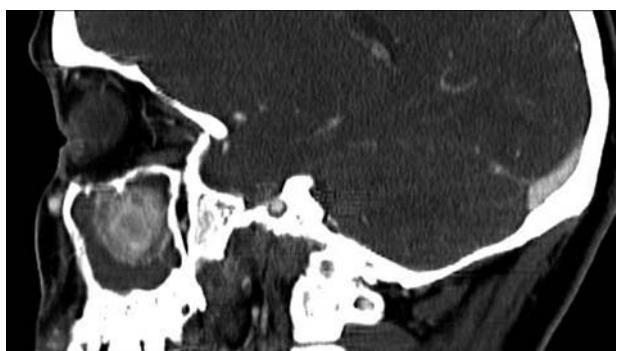


FIGURA 3. TAC proyección sagital.

como seno maxilar, con leve erosión de estructuras óseas y gran realce con contraste. El estudio se completó con Arteriografía craneal maxilar (Figs. 4, 5 y 6) que puso de manifiesto el carácter hipervasculizado de la tumoración. A continuación se procede a la toma de biopsia bajo anestesia general previa embolización selectiva de la tumoración mediante Coils (Fig. 4). El estudio anatomo-patológico definitivo concluyó como lesión con revestimiento de epitelio respiratorio con cambios de metaplasia escamosa y áreas de ulceración y depósitos fibrino-hemático, presentando en su eje proliferación neoplásica de patrón sólido alveolar con células citoplasma claro, compatible con metástasis de adenocarcinoma renal. Se revisan los estudios de extensión confirmando la metástasis única de la enfermedad a nivel nasal.

Se le propone a la paciente tratamiento quirúrgico pero ésta se niega por lo que es derivada al servicio de Oncología Médica para instaurar tratamiento con Interferón que se complementa con Radioterapia.

DISCUSIÓN

El carcinoma renal de células claras es una entidad que presenta metástasis en el momento del diagnóstico en un 26-30% de los pacientes, siendo su asiento más frecuente el pulmón (70%) seguido de ganglios linfáticos (55%), hueso (42%), hígado (41%), suprarrenales (15%) y sistema nervioso central (11%). Pero también puede presentar metástasis metacrónicas en un 11-25% de los pacientes hasta 22 años trás la nefrectomía³ siendo la localización más frecuente el pulmón y el hueso. Estas metástasis metacrónicas



FIGURAS 4, 5 y 6. Arteriografía craneal donde se evidencia el carácter hipervasculizado de la tumoración (procede de ramas de la maxilar interna de ese lado).

nicas aparecen dentro de un contexto de enfermedad metastásica múltiple ya que sólo en aproximadamente en un 1% de los casos son solitarias como el caso que nos ocupa.

Parece que la diseminación tumoral hacia senos paranasales y fosas ocurre vía hematogena^{3,4}, a través del plexo venoso paravertebral de Bastón. Se trata de una red anastomótica de venas avalvulares que rodean médula espinal y vértebras, conectadas con venas pélvicas, intercostales, ácigos y vena cava, permitiendo así la siembra tumoral tanto en dirección caudal hacia la pelvis como craneal hasta calota. Ante un aumento de presión intraabdominal o intratorácica se produce aumento de flujo hacia plexo paravertebral, desde aquí se alcanzan los senos venosos de la calota y retrógradamente el plexo pterigoideo antes de llegar a los senos paranasales.

Mediante esta teoría se explica como es posible que las células tumorales eludan el filtro capilar pulmonar y explica como tumores renales, pulmonares, genitourinarios o de mama metastasizan en los senos paranasales.

La epistaxis es la manifestación clínica de las metástasis nasosinusales más frecuente estando presente en el 70% de los pacientes, seguido de insuficiencia respiratoria nasal (25%), deformidad nasal, algias faciales (5%), rinorrea purulenta, etc.

El diagnóstico definitivo, de certeza nos lo da el estudio anatopatológico de la lesión complementado con un estudio de extensión mediante pruebas de imagen, ya sea TAC o RMN. Se debe realizar diagnóstico diferencial mediante estudios inmunohistoquímicos con hemangiopericitoma, hemangioma, tumores del glomus yugular y focos de endometriosis.

El pronóstico de los pacientes con carcinoma renal metastásico no tratado es infausto, con una supervivencia media de 5% a los 3 años. El tratamiento de las metástasis es complejo por la gran quimio y radioresistencia que presentan⁵, siempre que sea posible, sin que conlleve el sacrificio de estructuras vitales, el tratamiento de elección es el quirúrgico con la extirpación completa de la lesión⁶. Hoy en día se está extendiendo el uso del Interferón alfa sólo o acompañado de otros inmunomoduladores como Interleukina-2, fluoruracilo o con ácido 13 cisretinoico.

REFERENCIAS

1. Torrico Román P, Mogollón Cano-Cortes T, López Ríos Velasco J, Fernández de Mera JJ, Blasco Huelva A. Carcinoma de células transicionales vesicales con metástasis en seno maxilar como primer síntoma. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2001 Oct;52(7):622-624.
2. Jiménez Oliver V, Lazarich Valdés A, Dávila Morillo A, Ruiz del Portal JM, Conde Jiménez M, Fernández Ruiz E et al. Metástasis frontoetmoidal de adenocarcinoma prostático. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2001 Marz;52(2):151-154.
3. Pereira Arias JG, Ullate Jaime V, Valcarcel Martín F, Onaniel Pérez VJ, Gutiérrez Diez JM, Ateca Díaz-Obregón R et al. Epistaxis como primera manifestación de un adenocarcinoma renal diseminado. *Actas Urol Esp.* 2002 May; 26(5):361-365.
4. Gottlieb Marc D, Roland J, Thomas Jr Md. Paroxysmal spread of renal cell carcinoma to the head and neck. *Laryngoscope* 1998 Sep;108(9):1301-1305.
5. Gómez Pascual JA, Martínez Martín MS, Bonilla Parrilla R, Irigoyen Díaz J, del Rosal Samaniego JM, Ramos Tito J et al. Carcinoma renal metastásico intraocular. Ceguera unilateral progresiva como forma de presentación. *Actas Urol Esp.* 2004 Ab;28(4):324-326.
6. Montoro Martínez V, López Vilas M, Gurri Freixa M, De Dios Orán E, Montserrat Gili JR, Fabra Llopis JM. Metástasis nasal de carcinoma renal. A propósito de un caso. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 1999 Nov-Dec;50(8):653-656.

Dra. B. Torres Muros
Salitre, 19; 3E
29002 Málaga
E-mail: btorresm@telepolis.com

(Trabajo recibido el 7 de octubre de 2005)