Cartas científico-clínicas

Carcinoma de células renales bilateral y oncocitomatosis renal sincrónicos

Synchronous bilateral renal cell carcinoma and renal oncocytomatosis

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 71 años con antecedentes de histerectomía y artroplastía total de cadera derecha, que es derivada a nuestro servicio desde cirugía general por el hallazgo incidental de múltiples tumoraciones renales bilaterales (fig. 1) tras la realización de una tomografía computarizada abdominal por un dolor en el hipocondrio derecho. Los datos analíticos reflejan un hemograma normal y una función renal levemente alterada (creatinina: 1,6 mg/dl).

Con estos hallazgos se realiza una punción-biopsia bajo control ecográfico de dos masas en cada riñón. Una de las biopsias del riñón izquierdo es informada como carcinoma de células renales, la otra y las biopsias derechas son informadas como oncocitomas.

Con este diagnóstico, la paciente es sometida a una nefrectomía radical izquierda abierta. El estudio anatomopatológico de la pieza nos indica la presencia de un carcinoma de células claras de 3 cm, grado nuclear 4 de Fuhrman, que no

afecta la cápsula renal y que no presenta invasión vascular. Asociada a esta tumoración aparece una oncocitomatosis renal con múltiples focos, el mayor de 8 cm, y dos oncocitomas en la grasa perirrenal. La creatinina en el postoperatorio inmediato es de 2,1 mg/dl. Posteriormente, se realiza una gammagrafía renal que informa de un riñón derecho con muy baja captación, aumentado de tamaño, de morfología irregular y múltiples áreas hipoactivas de diferentes tamaños, que probablemente son secundarias a procesos ocupantes de espacio.

Ante estos hallazgos, se informa a la paciente de la posibilidad de nefrectomía derecha con posterior hemodiálisis, pero decide observación periódica obviando la cirugía. Debido a un empeoramiento progresivo de la función renal, con una creatinina de 3,9 mg/dl a los 7 meses de la intervención, se decide junto con la paciente la realización de una nefrectomía radical derecha por vía abierta (fig. 2), cuyo estudio anatomopatológico describe la presencia de un carcinoma de células claras de 1 cm, grado nuclear 3 de Fuhrman, que no afecta la cápsula renal y que no presenta invasión vascular. Asociada a esta tumoración aparece una oncocitomatosis renal con múltiples focos, el mayor de 6 cm, con zonas de fibrosis, calcificación y metaplasia ósea. El escaso riñón indemne presenta signos de pielonefritis crónica, fibrosis intersticial y metaplasia oncocítica en los túbulo proximales.

El postoperatorio fue favorable, siendo dada de alta a los seis días de la intervención en tratamiento con hemodiálisis.

El oncocitoma renal (OR) es un tumor benigno cuya frecuencia de presentación oscila entre el 3-7% de las masas renales sólidas, aunque pueden alcanzar el 18% si sólo se tienen en cuenta tumores menores de 4 cm¹⁻³. Tiene su origen en las células intercalares de los túbulo colectores distales. Se han atribuido algunas alteraciones genéticas a su presentación, como deleciones del cromosoma 1 y del cromosoma sexual y translocaciones que comprometen el cromosoma 11q13⁴. También se ha observado una predisposición familiar para el desarrollo de oncocitomas bilaterales⁵. Normalmente son unilaterales, siendo el 4-6% bilaterales y el 2,5-13%

Figura 1 – En la tomografía computarizada abdominal se observan múltiples masas renales.

Figura 2 – Múltiples tumoraciones en pieza de nefrectomía derecha.

multifocales^{1,6}. En 1982, Warfel y Eble describieron la oncocitomatosis renal al encontrar más de doscientos focos de OR en un paciente de manera bilateral. Estos autores proponen oncocitomatosis renal como término más apropiado para esta entidad, puesto que los riñones afectados muestran una amplia variedad de cambios oncocíticos celulares en los túbulos, más que oncocitomas propiamente dichos².

Por otro lado, el carcinoma de células renales deriva del epitelio de la nefrona proximal, donde se han demostrado ciertos eventos genéticos, siendo el más importante la mutación del gen Von Hippel-Lindau en el brazo corto del cromosoma 3⁴.

Es evidente la diferencia en cuanto al origen, como en alteraciones genéticas entre oncocitoma y carcinoma de células renales, sin embargo, la asociación de ambas entidades se ha estimado entre un 2–32%^{1,3}.

Actualmente, la forma más habitual de diagnóstico es la incidental (58%), aunque Dechet et al³ observaron en su serie de 138 oncocitomas que aquellos pacientes con carcinoma de células renales asociado (10%) presentaban con mayor frecuencia síndrome constitucional y hematuria macroscópica.

La secuencia diagnóstica de los OR es la misma que en otros tumores renales, aunque ninguna prueba de imagen nos puede dar con absoluta seguridad el diagnóstico de oncocitoma. Ciertos hallazgos en la tomografía computarizada y en la arteriografía, como el realce hipodenso tras la inyección de contraste intravenoso, el patrón vascular en rueda de carro, la zona de cicatriz central y la ausencia de margen redondeado, pueden orientar al diagnóstico de OR, pero también pueden aparecer en el carcinoma de células renales. Los estudios con resonancia magnética son escasos, pero parece que presenta los mismos problemas que las otras pruebas de imagen. Una lesión renal puede sugerir un oncocitoma si es homogénea, con baja intensidad en T1 y un aumento de la señal en T2⁵.

La punción-biopsia bajo control radiológico puede ser muy útil para el diagnóstico, como sucedió en nuestro caso. Caoili et al presentaron una serie de 26 lesiones renales biopsiadas bajo control ecográfico, donde refirieron un éxito

del 100% en la diferenciación de lesiones malignas y benignas.

El diagnóstico definitivo es el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica. Microscópicamente, los OR están constituidos por células redondeadas o poligonales de citoplasma eosinófilo. El nucleolo suele ser pequeño, pero evidente. No se contempla en el diagnóstico la presencia de mitosis abundantes. En el microscopio electrónico destaca la distribución difusa de las mitocondrias redondeadas, con escasez de otras organelas, además de pequeños acúmulos de microvesículas. Es muy importante el diagnóstico diferencial con el carcinoma de células cromóforas. Esto puede realizarse con la tinción del hierro coloidal de Hale, el cual es fuertemente positivo en el carcinoma de células cromóforas y débilmente en el OR⁷. La tinción inmunohistoquímica con citoqueratina 7 también puede ser muy útil en el diagnóstico diferencial⁸.

Hasta que tengamos un diagnóstico prequirúrgico exacto, la cirugía es el tratamiento de elección. El tratamiento clásico de una masa renal sólida ha sido la nefrectomía radical debido a la alta probabilidad de ser un carcinoma de células renales. En tumores menores de 4 cm se podría realizar un procedimiento conservador de nefronas (nefrectomía parcial abierta o laparoscópica, radiofrecuencia o crioterapia). Aunque la asociación del OR con el carcinoma de células renales puede ser en algunas series de hasta el 10%, muchas escuelas consideran todavía apropiada la cirugía conservadora de nefronas^{5,9}. En nuestro caso no se pudo realizar ningún tratamiento conservador debido a la gran cantidad de tumores existentes en ambos riñones.

BIBLIOGRAFÍA

- Argüelles Salido E, Marcilla Plaza D, Medina López R, Congregado Ruiz B, Campoy Martínez P, Cayuela Domínguez A. Oncocitoma renal. Revisión de nuestra serie de 22 pacientes. *Actas Urol Esp.* 2006;30:583–90.
- Warfel KA, Eble JN. Renal oncocytomatosis. *J Urol.* 1982; 127:1179–80.
- Dechet CB, Bostwick DG, Blute ML, Bryant SC, Zincke H. Renal oncocytoma: Multifocality, bilateralism, metachronous tumor development and coexistent renal cell carcinoma. *J Urol.* 1999;162:40–2.
- Pachón Sánchez D, Palou Redorta J, Rosales Bordes A, Navarro Genta M, Villavicencio Mavrich H. Carcinoma de células renales asociado a oncocitoma renal contralateral. *Arch Esp Urol.* 2005;58:175–8.
- Shin LK, Badler RL, Bruno FM, Gupta M, Katz DS. Radiology-Pathology Conference: Bilateral renal oncocytoma. *Clin Imaging.* 2004;28:344–8.
- Ac'h S, Chapuis H, Mottet N. Metachronous renal oncocytomatosis. *Urol Int.* 2003;70:241–3.
- Skinnider BF, Jones EC. Renal oncocytoma and chromophobe renal cell carcinoma. A comparison of colloidal iron staining and electron microscopy. *Am J Clin Pathol.* 1999;111: 796–803.
- Mathers ME, Pollock AM, Marsh C, O'Donnell M. Cytokeratin 7: A useful adjunct in the diagnosis of chromophobe renal cell carcinoma. *Histopathology.* 2002;40:563–7.
- Nadler RB, Kim SC, Rubenstein JN, Yap RL, Campbell SC, User HM. Laparoscopic renal cryosurgery: The Northwestern experience. *J Urol.* 2003;170:1121–5.

S. Martín Martín*, R. Calvo González, E. García Lagarto y E. Fernández Del Busto

Servicio de Urología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

doi:10.1016/j.acuro.2009.09.002

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Risimartin7@hotmail.com (S. Martín Martín).

Carcinoma escamocelular condilomatoso asociado al virus del papiloma humano multimetastásico

Condylomatous cell carcinoma of the penis associated human papillomavirus with multimetastatic

Sr. Director:

El cáncer de pene presenta actualmente una incidencia baja en los países desarrollados (alrededor de 0,5-1 por cada 100.000 habitantes) frente a una incidencia moderada en los países en vías de desarrollo o subdesarrollados (20-25 por cada 100.000 habitantes). Existen distintos tipos histológicos de localización primaria e incluso se han descrito casos de histología atípica con localización peneana, así como metástasis peneanas de otros carcinomas.

Presentamos el caso de un paciente de 67 años de edad con antecedentes personales de diabetes mellitus insulino-dependiente, hipertensión arterial y miocardiopatía dilatada, que consulta por presentar una lesión excrecente, ulcerada en el pene, junto con dificultad para la micción de 5 meses de evolución. A la exploración se aprecia una lesión excrecente, friable y ulcerada, localizada en el glande, de gran tamaño, sin identificar estructuras anatómicas normales (fig. 1). Se realiza un estudio analítico en el que no se aprecia ninguna alteración significativa, una TAC abdominopélvica en la que

se aprecian múltiples adenopatías retroperitoneales, un nódulo de 1 cm en el segmento III hepático, múltiples nódulos hipoatenuantes en el bazo (fig. 2), nódulo adrenal derecho, soluciones de continuidad en pala iliaca derecha, todas ellas compatibles con metástasis. En la radiografía de tórax se aprecia un nódulo en la base pulmonar derecha compatible con metástasis. Se decide realizar penectomía total y uretrotomía perineal. A las 72 h de la intervención el paciente presenta disartria y síndrome vertiginoso, por lo que se solicita una TAC cerebral en la que se aprecian múltiples nódulos compatibles con metástasis. El informe histológico de la muestra fue informado como carcinoma escamocelular variante condilomatosa con positividad antigénica para el virus del papiloma humano tipo 16 (T3N2M1). Se decidió instaurar tratamiento paliativo, el paciente falleció a los 20 días de la intervención.

Figura 1 - Lesión excrecente y ulcerada localizada en el pene.

Figura 2 - TAC: nódulos esplénicos compatibles con metástasis.