

FIGURA 3. Histología de adenopatía retroperitoneal con elementos maduros epitelio respiratorio y cartilago.

Algunos autores, según sus series, demuestran el potencial maligno de estos teratomas y plantean la posibilidad de metastatizar por componentes de células no germinales recomendando una buena revisión de la pieza quirúrgica (5).

Con todas estas aportaciones pero sin una evidencia clara del protocolo a seguir en cada situación, es aconsejable individualizar en cada caso según factores pronósticos, histología, estadio y siempre informando al paciente de los efectos secundarios, probabilidades de recidiva y seguimiento posterior para plantear su mejor opción de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

1. PORCARO, A.B.; ANTONIOLLI, S.Z.; MARTIGNONO, G. y cols.: "Adult primary teratoma of the testis--report on 5 cases in clinical stage I disease". *Int. Urol. Nephrol.*, 33: 657, 2001.
- *2. SIMMONDS, P.D.; LEE, A.H.; THEAKER, J.M. y cols.: "Primary pure teratoma of the testis". *J. Urol.*, 155: 939, 1996.
- *3. RABBANI, F.; FARIVAR-MOSHENI, H.; LEON, A. y cols.: "Clinical outcome after retroperitoneal lymphadenectomy of patients with pure testicular teratoma". *Urology*, 62: 1092, 2003.
4. PREINER, J.L.; JEWETT, M.A.: "Role for retroperitoneal lymphadenectomy for testis cancer". *Curr. Opin. Urol.*, 9: 205, 1999.
5. HEIDENREICH, A.; NEUBAUER, S.; MOSTOFI, K. y cols.: "Clinical stage I mature teratoma of the testis--retroperitoneal lymphadenectomy or surveillance?". *Urologia A.*, 36: 440, 1997.

METÁSTASIS RENAL DE CARCINOMA ESCAMOSO DE PULMÓN. A PROPÓSITO DE UN NUEVO CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

José Antonio Cánovas Ivorra, José María Castillo Gimeno, Carlos Burriel Ruiz¹, Stella Peláez Malagón², Jesús Michelena Barcena y Alberto Ramírez Daniel.

Servicio de Urología. Hospital Comarcal de Vinaroz. Servicio de Oncología¹. Complejo Hospitalario de Castellón. Castellón. Servicio de Anatomía Patológica². Hospital Comarcal de Vinaroz. Castellón. España.

Resumen.- OBJETIVO: Comunicar un nuevo caso de metástasis renal de un carcinoma pulmonar.

MÉTODOS: Varón de 59 años estudiado en consultas externas de urología por clínica compatible con cólico renal asociado a hematuria.

RESULTADOS: En la ecografía se aprecia una tumoración sólido-quística del mismo tamaño en el polo inferior sin ectasia de la vía excretora. El T.A.C. abdominopélvico informa de adenopatías retroperitoneales en el territorio aorto-cava mayores de 1 cm. de diámetro y masa renal heterogénea de 5 cm. de diámetro mayor.

CONCLUSIONES: Las lesiones metastásicas renales de los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón, se presenta con más frecuencia dada la precisión de los estudios radiológicos, y, presentan, como los tumores primitivos, unas cifras muy pobres de supervivencia.

Correspondencia

José Antonio Cánovas Ivorra
Urbanización Montiboli, 188 A - 6
03570 Villajoyosa. Alicante. (España)
jacanovas@hotmail.com

Trabajo recibido: 9 de septiembre 2005

Palabras clave: Neoplasia pulmonar. Metástasis Renal. T.A.C.

Summary.- *OBJECTIVE:* We report a new case of renal metastasis of a lung carcinoma.

METHODS: 59-year-old male presenting to the outpatient clinic with a clinical picture compatible with renal colic and hematuria.

RESULTS: Ultrasound showed a solid-cystic tumor in the lower pole of the kidney without hydronephrosis. Abdominal-pelvic CT scan reported retroperitoneal adenopathies > 1 cm in the area of the aorta-cava and a 5 cm heterogeneous mass.

CONCLUSIONS: Renal metastatic lesions of patients with lung cancer present more frequently due to the higher accuracy of radiological tests and have, as well as the primary tumors, very poor survival rates.

Keywords: Lung neoplasia. Renal metastasis. CT scan.

INTRODUCCIÓN

El riñón es un órgano frecuente de asiento de metástasis hematógenas, entre las que citamos pulmón, melanoma y riñón (7).

Las metástasis renales de los carcinomas de pulmón son entidades relativamente infrecuentes, al tiempo que silentes, descubriéndose en buen número de casos mediante técnicas de imagen o en las autopsias (1).

Las referencias en la literatura son escasas, dado en parte, porque su detección en la mayoría de los casos no plantea un cambio significativo en la actitud terapéutica del paciente.

En cuanto a las metástasis renales de carcinoma pulmonar, en alguna serie se han encontrado metástasis renales hasta en un 19% de los enfermos que murieron tras ser diagnosticados de cáncer pulmonar (1,6,8).

CASO CLÍNICO

Enfermo varón de 59 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y lobectomía inferior derecha hace seis meses por carcinoma epidermoide de pulmón (T2N0M0) en el centro de referencia, sin haber

recibido tratamiento posterior alguno. No alergias conocidas ni otros antecedentes de interés.

Consulta por clínica compatible con cólico renal izquierdo de intensidad moderada con irradiación ureteral, sin síndrome miccional y acompañado de hematuria con emisión de coágulos filiformes.

Refiere haber perdido aproximadamente 8 Kgs. aproximadamente en los 2 últimos meses.

A la exploración se aprecia una discreta palidez mucocutánea, puñopercusión izquierda levemente positiva. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias. Resto de la exploración sin interés.

El estudio hematológico muestra una discreta anemia, siendo la bioquímica y coagulación normales.

En el sedimento de orina se observa hematuria microscópica.

En la ecografía se aprecia un quiste cortical en el polo superior del riñón izquierdo de 5 cm. de tamaño y una tumoración sólido-quística del mismo tamaño en el polo inferior sin ectasia de la vía excretora. El riñón derecho, la vejiga y la próstata son normales.

Ante la sospecha de masa renal versus quiste renal complejo se decide la práctica de una T.A.C. toraco-abdominopélvica que informa de cambios postquirúrgicos en el pulmón izquierdo con enfisema bilateral. Adenopatías retroperitoneales en el territorio aorto-cava mayores de 1 cm. de diámetro y masa renal heterogénea de 5 cm. de diámetro mayor (Figuras 1 y 2).



FIGURA 1. Imagen heterogénea en riñón izquierdo de 5 cm. de diámetro sin dilatación de la vía excretora. Adenopatías inter aortocavas.



FIGURA 2. Idéntica imagen de polo inferior renal con la mala diferenciación masa-riñón. Quiste cortical simple en polo superior.

Con estos hallazgos y ante la sospecha de carcinoma renal vs. metástasis se opta por realizar una PAAF TAC dirigida mediante la cual se obtienen células escasas del riñón izquierdo (Figuras 3,4).

Con el diagnóstico de metástasis renal izquierdo de carcinoma epidermoide pulmonar (Estadio IV) se opta por remitir al enfermo al Servicio de Oncología Médica.

Inicia tratamiento con Cisplatino 75 mg./m² y Vinorelbina 25 mg./m² los días primero y octavo de cada 21 días, hasta completar 3 ciclos, para posteriormente realizar estudio de valoración de respuesta. Tras recibir 3 ciclos de quimioterapia con cisplatino-vinorelbina se

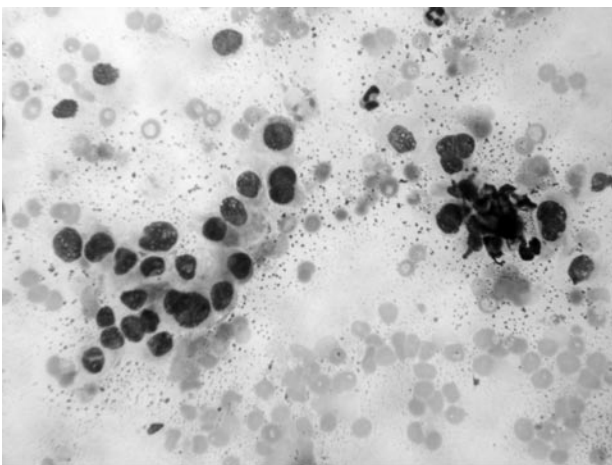


FIGURA 3. Células agrupadas y aisladas atípicas con núcleos hiper cromáticos e irregulares (diff-quick 40x).

observo un discreto crecimiento de la masa renal, por lo que se considero que no había respuesta. Por tal motivo inicio una segunda línea de quimioterapia con docetaxel 100mg/m² cada 21 días, del que ha recibido 3 ciclos. Esta pendiente de valorar respuesta mediante TAC, y, según los resultados, se ha considerado realizar estudio mediante PET para decidir una posible actitud quirúrgica de la lesión renal, en caso de que no existan nuevos focos patológicos.

En cualquier caso el pronóstico es el mismo que cualquier neoplasia pulmonar metastásica.

DISCUSIÓN

Las metástasis renales de los carcinomas de pulmón son entidades relativamente infrecuentes, al tiempo que silentes, descubriéndose en buen número de casos mediante técnicas de imagen o en las autopsias (6), aunque el mayor uso de TAC en el estadiaje o control en enfermos diagnosticados de neoplasia pulmonar, revela un incremento de diagnósticos *ante mortem* (1,4). A ello unimos que el aumento de supervivencia de estos enfermos debido al uso de quimioterapia convierte en problemas clínicos lo que antes eran hallazgos subclínicos (1).

El cáncer de pulmón es la neoplasia sólida que más frecuentemente metastatiza en el riñón con un 20% de los pacientes (6,8), de los cuales entre el 30% y 60% son de localización bilateral (1,6), tras el grupo de los linfomas que suponen el primer grupo (1), seguidas de pleura, hígado, glándulas suprarrenales, hueso y cerebro (2,3,6).

Olsson y cols. describen que un 80% de su serie de 60 enfermos cursan de modo asintomático, 12% con

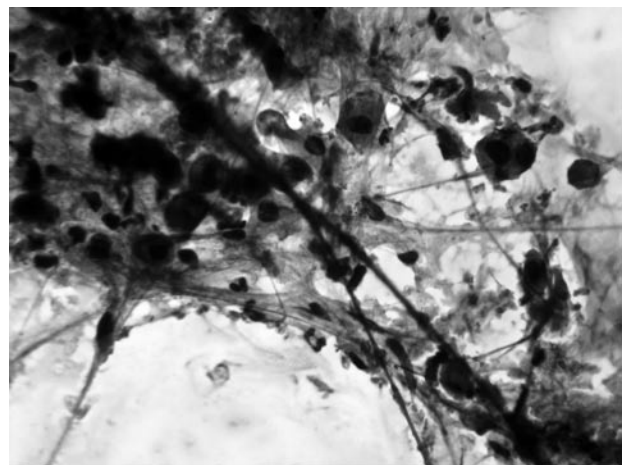


FIGURA 4. Células atípicas con citoplasma eosinófilo propio de células de estirpe escamosa (Papanicolau 40x)

hematuria y el 5% con dolor en flanco en una extensa serie de autopsias de realizada en el Boston Veterans Administration Hospital entre 1959 y 1968 con 4279 autopsias. La baja frecuencia de hematuria se justifica, según Klinger (6), en que la mucosa pielocalicial no se ulcera con tanta frecuencia en las neoplasias renales secundarias (6).

Las molestias que pueda presentar el paciente afecto las determina la ubicación específica del órgano afectado. Por ejemplo, las metástasis adrenales son muy frecuentes, pero la mayoría asintomáticas y se descubren de forma casual o mediante estudios radiológicos o la realización de autopsias. La existencia de dos o más metástasis extratorácicas confiere un muy mal pronóstico a la enfermedad de base (1), con una supervivencia media de entre 2 y 26 meses tras la aparición de la hematuria y el tratamiento de este tipo de enfermos no está estandarizado.

La evaluación ante una sospecha de metástasis renal sigue los patrones de evaluación de cualquier masa renal, incluyendo ecografía para determinar la naturaleza quística o sólida y TAC con contraste para determinar la vascularización de la lesión e investigar el riñón contralateral, así como retroperitoneo y otros órganos abdominales (1).

A diferencia del carcinoma renal, las lesiones metastásicas renales tienden a ser relativamente homogéneas con un mínimo realce tras la administración de contraste, por ello, una masa heterogénea con áreas de realce irregulares tras la administración de contraste debe ser interpretada como un tumor primitivo del riñón (1,7).

Con el TAC puede ser difícil diferenciar las pequeñas lesiones inflamatorias similares a microabcesos de la lesión metastásica renal (5,7). Los caminos descritos son, la diseminación hematogénea, dado que el córtex renal es un área muy adecuada para el asiento y proliferación de émbolos tumorales (7); y la extensión del tumor pulmonar hasta el riñón es desde los ganglios linfáticos mediastínicos hasta los ganglios linfáticos del espacio perirrenal (4,6,7).

El pronóstico de este tipo de enfermos es muy malo, con un tasa de fallecimientos mayor de 75% al año del diagnóstico (6,8), y ello depende de la eficacia del tratamiento sobre el tumor primario y la reseccabilidad del tumor secundario, solo posible en casos unilaterales y solitarios (6).

CONCLUSIONES

Las lesiones metastásicas renales de los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón, datadas en torno al 20%, han de ser tenidas en consideración dados los métodos diagnósticos de alta resolución a los que nos enfrentamos hoy día, y las mejorías en índices de supervivencias de dichos enfermos, que pueden convertir en verdaderos problemas clínicos lo que antes eran meros hallazgos patológicos. Para la detección de estos tumores, en pacientes con neoplasia pulmonar conocida, deberían introducirse técnicas como la UIV o el TAC renal, recomendada ya por otras asociaciones como la American Cancer Society. El pronóstico de este tipo de enfermos, como el tumor de base, es infausto.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- *1. BECKER, W. E.; SCHELLHAMMER, P. F.: "Renal metastases from carcinoma of the lung". *British Journal of Urology*, 58: 494, 1986.
2. ROSELL, R.; MAESTRE, J.; MOLINA, F.: "Cáncer de pulmón de célula no pequeña; Oncología Médica". Rosell, R.; Abad, A.; Monzo, M.; Molina, F. Ediciones Ergón. Madrid, 153-66, 1995.
3. GINSBERG, R. J.; VOKES, E. E.; RABEN, A.: "Cáncer de pulmón de célula no pequeña. Manifestaciones clínicas. Cáncer, principios y práctica de Oncología". De Vita Jr, V.T.; Hellman, S.; Rosenberg, S.A. Editorial Panamericana ARAN. Madrid, 868, 2000.
- *4. KWAK, T.I.; KIM, D.S.; KIM, J.J. y cols.: "Lung cancer metastasizing to ipsilateral renal cell carcinoma and the contralateral perirenal space". *BJU International*, 83: 512, 1999.
5. CHEN, Y.; CHUANG, C.K.; CHU, S.H. y cols.: "Kidney metastasis of lung cancer presenting as renal carbuncle". *BJU International*, 83: 1078, 1999.
- *6. OLSSON, C.A.; MOYER, J.D.; LAFERTE, R.O.: "Pulmonary cancer metastatic to the kidney- a common renal neoplasm". *Journal of Urology*, 105: 492, 1971.
- *7. BRATH, G.M.; BERNARDINO, M.E.; GRAHAM, S.D.: "CT diagnosis of renal metastases". *Journal of Computer Assisted Tomography*, 7: 1032, 1983.
- *8. RAVICH, L.; LERMAN, P.H.; DRABKIN, J.W.: "Metastatic disease to kidney from lung". *Urology*, 5: 239, 1975.