

buenas condiciones generales, sin datos de estenosis y se realiza cateterismos intermitentes sin dificultad.

DISCUSIÓN

La presentación clínica de los litos uretrales así como su tamaño es variable. Regularmente se acompañan de anomalías anatómicas secundarias a cambios postquirúrgicos, cuerpos extraños, infección, divertículos, etc. (1,3,4). La mayoría de los pacientes acuden con retención urinaria aguda acompañado de dolor perineal, o en el pene. Se requiere el drenaje urgente de la vía urinaria para aliviar los síntomas y eventualmente planear el tratamiento apropiado. El tratamiento apropiado de la litiasis uretral dependerá del sitio de su localización y de las patologías asociadas (1-4), como lo fue en este caso la vejiga de muy poca capacidad la presencia de litos uretrales de gran tamaño y la estenosis uretral asociada. Cada paciente debe de ser individualizado. Múltiples abordajes se han descritos para tratar la litiasis uretral como la uretrolitotomía a cielo abierto (4), otros han descrito empujar los litos hacia vejiga para eventualmente realizar litotricia (2), ablación de cálculos uretrales con láser de Holmium (3), así como la litotricia endoscópica en caso de no haber estenosis uretral (2).

Se realizó un procedimiento en una sola etapa a partir de los tratamientos endoscópicos previos que no fueron exitosos. Un procedimiento en 2 etapas podría haber adherido morbilidad a este paciente.

Ha habido reportes de formación de litos uretrales tras uretroplastia (1) más no existe, en nuestro conocimiento, ningún caso publicado con litos uretrales del tamaño presentado en este caso ni su eventual tratamiento con litotricia y litolapaxia con abordaje transperineal y plástica uretral en un solo tiempo quirúrgico.

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

- *1. GODWIN, R.J.; CHIR, B.: "Urethral stone formation following urethroplasty". *British Journal of Radiology*, 39, 113, 1977.
2. EL-SHERIF, A.E.; PRASAD, K.: "Treatment of urethral stones by retrograde manipulation and extracorporeal shock lithotripsy". *BJU*, 75: 761, 1995.
3. WALKER, B.R.; HAMILTON, B.D.: "Urethral calculi managed with transurethral holmium laser ablation". *Journal of pediatric surgery*, 36: 16, 2001.
- **4. POLO, M.; CABRAS, M.; LICHERI, S. y cols.: "Su un caso di litiasi e stenosi dell'uretra". *Minerva urologica e nefrologica*, 1990.

METÁSTASIS CUTÁNEA DURANTE EL SEGUIMIENTO DE CARCINOMA RENAL DE CELULAS CLARAS

R. Martínez-Rodríguez, F. Rodríguez-Escovar, A. Bujons Tur, P. Maroto¹, J. Palou y H. Villavicencio.

Servicio Oncología¹ Hospital Santa Creu y St Pau. Barcelona.

Servicio de Urología Fundació Puigvert. Barcelona. España.

Resumen.- OBJETIVO: Añadir un nuevo caso de carcinoma renal metastático de localización atípica a la literatura. La afectación cutánea metastásica de los tumores urológicos constituye una entidad clínica rara. Suelen asociarse con afectación interna por lo que su hallazgo ensombrece el pronóstico. Se revisan las localizaciones metastásicas más frecuentes, su implicación pronóstica y tratamiento.

MÉTODOS: Se presenta el caso de un paciente varón de 60 años diagnosticado de metástasis cutánea en maxilar inferior a los 18 meses de la nefrectomía radical por adenocarcinoma de células claras.

RESULTADOS: El paciente fue tratado mediante la administración oral de Sorafenib en el marco de un ensayo clínico fase II. El paciente está vivo y libre de progresión a los 2 años del diagnóstico.

CONCLUSIONES: La amplia variabilidad de localizaciones y formas de presentación del carcinoma renal metastático obligan a mantenerse alerta durante el seguimiento. Los nuevos fármacos de acción antiangiogénica constituyen una opción eficaz de tratamiento.

Correspondencia

R. Martínez-Rodríguez
Servicio de Oncología
Hospital Santa Creu y Sant Pau
Barcelona. (España)
hugomar2@yahoo.es

Trabajo recibido: 15 de mayo 2007

Palabras clave: *Carcinoma renal metastásico. Antiangiogénesis. Sorafenib. Sunitinib. Metástasis cutánea.*

Summary.- *OBJECTIVE: To report a new case of metastatic renal carcinoma with atypical localization. Skin metastatic involvement by urological tumors is a rare clinical entity. It is usually associated with internal organ involvement, so that this finding makes prognosis poor.*

We review the most frequent metastatic sites, their prognostic implications and treatment.

METHODS: *We present the case of a 60-year-old male patient with the diagnosis of inferior maxillary skin metastasis 18 months after radical nephrectomy for clear cell adenocarcinoma.*

RESULTS: *The patient was treated with oral Sorafenib within a phase II clinical trial. Two years after diagnosis the patient is alive and a disease-free.*

CONCLUSIONS: *The wide variability of localizations and forms of presentation of metastatic renal carcinoma obliges to be alert during follow-up. New antiangiogenic drugs are an efficient therapeutic option.*

Keywords: *Metastatic. Renal carcinoma. Antiangiogenic. Sorafenib. Sunitinib. Skin metastatic.*

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células renales representa el 2-3% de los tumores malignos del adulto. Cerca de un tercio de estos pacientes presentará enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico (Metástasis sincrónicas) y otro tercio lo desarrollará durante el seguimiento (Metástasis metacrónicas).

No son infrecuentes las localizaciones metastásicas raras del carcinoma renal (cerebrales, oftálmicas, etmoidales, pancreáticas escrotales, peneanas, óseas) (1).

Las metástasis cutáneas son poco frecuentes y asocian afectación interna hasta en un 75% de los casos (2). Se describe un paciente con afectación cutánea de debut por carcinoma renal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente varón de 60 años diagnosticado, a raíz de episodio de hematuria y dolor lumbar, de tumoración renal derecha en polo inferior de 61x75 mm mediante TAC abdominal.

Se realiza nefrectomía radical derecha vía laparoscópica.

Carcinoma de células renales, tipo células claras: Grado nuclear de Furham II.

Categoría pt3b. El carcinoma infiltra tejido adiposo hiliar

y vena renal en hilio. Márgenes de resección (hiliares y perirrenales) sin evidencia de infiltración neoplásica. Seguimiento mediante ecografía abdominal y Rx torax a los 6 meses y 18 meses y TAC toracoabdominal a los 12 meses sin alteraciones significativas. A la exploración física a los 18 meses se detecta lesión cicatricial en área maxilar inferior. El paciente refiere lesión nodular, ulcerada y sangrante, que había sido biopsiada en días previos.

Se solicita informe anatomopatológico: Infiltración dérmica por nidos de células epiteliales con moderada atipia nuclear y amplio citoplasma claro: METASTASIS DE CARCINOMA DE CELULAS CLARAS.

Se realiza TAC toraco-abdominal que demostró la presencia de micrometástasis pulmonares bilateral. Tras resección del lecho dérmico se inicia tratamiento sistémico con inmunoterapia.

DISCUSIÓN

El carcinoma renal supone el 2-3% de los tumores malignos del adulto y es el tercero en frecuencia de estirpe urológica. Su incidencia ha aumentado en los últimos 50 años debido a un incremento de incidentalomas. Presenta un pico de incidencia en varones en la 6^a-7^a década de vida (3).

Sus manifestaciones clínicas son muy variadas. La triada clásica de hematuria, dolor lumbar y masa es cada vez menos frecuente. La presencia de hematuria obliga a descartar cualquier otra tumoración de estirpe urotelial (3).

En la mayoría de los pacientes, el diagnóstico se realiza de forma casual durante exploraciones de rutina. La tomografía axial computerizada constituye la técnica radiográfica de elección para su confirmación, reservando la Resonancia Magnética nuclear para aquellas lesiones de mínimo tamaño y dudosa captación del contraste endovenoso así como para esclarecer la presencia y nivel del trombo tumoral (4). Al momento del diagnóstico, hasta un 45% de pacientes asociarán metástasis y cerca del 40% la desarrollaran durante su seguimiento (5, 6, 3). La vía de diseminación más frecuente es la hematogena a través de tres posibles rutas (6):

- 1.- de la vena renal y su drenaje a aurícula derecha y circulación pulmonar;
- 2.- Por la vena espermiática metástasis retrógradas a vejiga, vagina, pene, escroto.
- 3.- Hacia columna vertebral, tiroides y SNC a través de las venas lumbares.

Las localizaciones más frecuentes de las metástasis incluyen pulmón, ganglios linfáticos, hígado y hueso. Las metástasis cutáneas constituyen la séptima localización en frecuencia (7).

Se han descrito metástasis del carcinoma renal hasta más de 20 años tras la nefrectomía (1). La aparición de implantes cutáneos se desarrolla a posteriori en el 80% de los casos, con un rango de aparición entre los 12 y

63 meses, siendo muy dependiente del estado anatomo-patológico (6).

Las lesiones cutáneas pueden presentarse como nódulos subcutáneos bien delimitados, en forma de placas de infiltración o como pequeñas lesiones violáceas de superficie friable (8). Frecuentemente menospreciadas por el paciente obligan a un examen físico exhaustivo y sospechar su asociación con la enfermedad renal.

De esta forma se puede apreciar en la anatomía patológica de las lesiones nidos cohesivos de células claras con prominente trama vascular y epidermis preservada en la superficie (Figura 1).

En el 80% de los pacientes la presentación de las metástasis del carcinoma renal es múltiple. El carácter único de la lesión y un intervalo de aparición prolongado desde la nefrectomía incrementa la sobrevida. El hallazgo de una lesión cutánea obliga a un estudio de extensión completo. Hasta un 75% de estos pacientes asocian afectación interna, predominantemente pulmonar, lo que ensombrece el pronóstico. Brady et al publicaron un intervalo de 12,7 meses entre la aparición de la metástasis y el fallecimiento del paciente (9).

El tratamiento de estas lesiones es el del carcinoma renal metastático. En casos seleccionados puede indicarse resección quirúrgica, con o sin radioterapia si la resección no es completa (10). Entre los tratamientos sistémicos, la inmunoterapia constituía hasta la aparición de nuevas moléculas el tratamiento de elección. Dentro de los nuevos fármacos disponibles, la mayoría con actividad antiangiogénica y que se han demostrado superiores a la inmunoterapia con interferón en ensayos fase III se encuentran el Sorafenib (11), Sunitinib (12) y CCI-779, que además son menos tóxicas que los tratamientos clásicos con interleukina ó interferón (13). El paciente sobre el que se describe el caso clínico no era

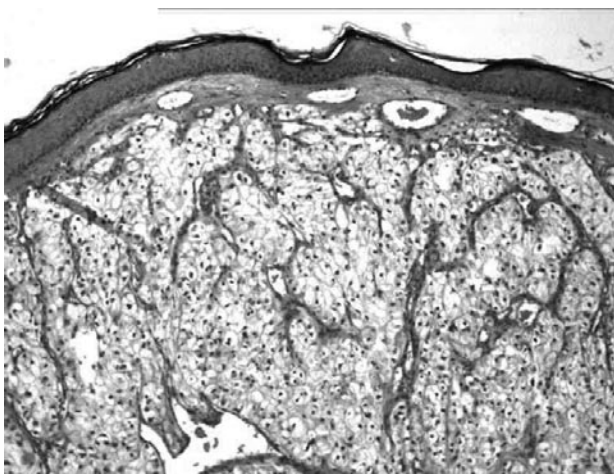


FIGURA 1. Nidos cohesivos de células claras con prominente trama vascular y epidermis preservada en la superficie.

candidato a inmunoterapia por hepatopatía crónica y recibió Sorafenib 400 mg/12 h vía oral como primera línea de tratamiento dentro de un ensayo clínico fase II sin objetivarse progresión de las lesiones metastásicas y con mínima toxicidad asociada. Transcurridos ya dos años desde el diagnóstico, sigue vivo y libre de progresión con el mismo tratamiento.

CONCLUSIONES

El carcinoma de células renales metastático presenta una amplia variabilidad en cuanto a localización, forma de presentación y clínica. Posee implicación pronóstica; obligando a descartar otras localizaciones. Cuando la metástasis es de localización cutánea debe descartarse la afectación pulmonar. Cuando se requiere tratamiento sistémico, los nuevos fármacos disponibles de acción antiangiogénica son una alternativa oncológicamente correcta.

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

- *1. PÉREZ FUENTES; BLANCO PARRA; TOUCEDO CAAMAÑO. y cols.: "Carcinoma renal metastático de localización atípica. Revisión de la literatura". Actas Urol. Esp., 29: 621, 2005.
2. WEISS, L.; HARLOS, J.P.; TORHORST, J.: "Metastatic patterns of renal cell carcinoma: an analysis of 687 necropsies". Cancer Res. Clin. Oncol., 114: 605, 1988.
3. MICKISCH, G.; CARBALLIDO, J.; HELSTEN, S. y cols.: "Guidelines on Renal Cell Cancer". Disponible en <http://www.uroweb.org> Update February 2002.
- **4. CAMPBELL UROLOGÍA.
- *5. CHANDLER, J.; HEANEY, J.: "Metastatic renal cell carcinoma presenting as a Skin nodule: Case report and review of the literature". The Journal of Urology, 152: 2094, 1994.
6. BARBAGELATA LÓPEZ; RUBIAL MOLDES; BLANCO DIEZ. y cols.: "Metástasis cutánea del cáncer renal: Caso clínico y revisión". Arch. Esp. Urol., 58: 247, 2005.
7. HALE, N.; GAND BURKLAND, C.E.: "Unrecognized renal tumors: study of 54 cases in 6577 autopsies and personal cases". J. Urol., 49: 426, 1943.
8. KOUROUPAKIS, D.; PATSEA, E.; SOFRAS, F. y cols.: "Renal cell carcinoma metastases to the skin: A not so rare case?". Br. J. Urol., 75: 583.
9. BRADY, L.W.; O'NEIL.: "Unusual sites of metastases". Sem. Oncol., 4: 59, 1977.
10. DORAIRAJAN. L.N.; HEMAL, A.K.; ARON, M. y cols.: "Cutaneous Metastases in renal cell carcinoma". Urol. Int., 164, 1999.
- *11. EISEN, T.; STADLER, W.M.; SZCZYLIK, C. y cols.: "Sorafenib in Advanced Clear-Cell Renal-Cell Carcinoma Bernard Escudier". The New England Journal of Medicine. Boston, 356: 125, 2007.
12. ROBERT, J.; MOTZER, T.; HUTSON, E. y cols.: "Sunitinib versus Interferon Alfa in Metastatic Renal-Cell Carcinoma". The New England Journal of Medicine. Boston, 356: 115, 2007.
- **13. MAROTO, P.; GONZÁLEZ, X.: "Nuevas dianas terapéuticas en el cáncer renal avanzado". Cáncer Renal, Rev. Cáncer, 21: 25, 2007.