

## INSUFICIENCIA RENAL POR METASTASIS TARDIAS DE CARCINOMA DE RIÑÓN

Dr. Wainer, Eduardo - Dr. Davidzon, Isidoro

### Resumen

Se presenta el caso de un paciente que desarrolla insuficiencia renal grave por metástasis en un riñón único, cuatro años después de una nefrectomía por carcinoma renal. Se revisa la bibliografía referente al tema.

### Introducción

Las metástasis de tumores sólidos en riñón son sumamente infrecuentes, encontrándose entre 5 y 11 %, según las series (Wagle y col., 1975; Willis, 1973).

Los tumores primitivos que con mayor frecuencia metastizan en riñón son, según Wagle y col. (1975), los de pulmón, estómago, mama y riñón contralateral.

Estas metástasis han sido encontradas sólo en 81 de 4.413 estudios necrópsicos de pacientes con diversas neoplasias. Sólo 4 de los 81 pacientes desarrollaron insuficiencia renal avanzada (Wagle y col., 1975).

El motivo de esta comunicación es la presentación de un paciente mononefro por extirpación del riñón derecho por hipernefroma que desarrolla, cuatro años después de la primera nefrectomía, insuficiencia renal grave por invasión parenquimatosa metastásica del riñón contralateral.

### Presentación del caso

J. A., varón, de 37 años. En noviembre de 1976, a raíz de presentar hematuria macroscópica, se efectuó urograma excretor, el que mostró una masa en polo de riñón derecho. La arteriografía renal evidenció hipervascularización de tipo neoplásico en dicha zona. Se efectuó nefrectomía total derecha, encontrándose en el examen histológico, carcinoma de células renales sin invasión de vena renal ni adenopatías metastásicas. El paciente se mantuvo asintomático sin tratamiento hasta setiembre de 1979, fecha en la que presentó hemoptisis, comprobándose adenopatías mediastinales. Las mismas fueron biopsiadas por medlastinoscopia, demostrándose metástasis de carcinoma de células renales. Recibió medroxiprogesterona durante seis meses sin evidenciarse cambios en las adenopatías mediastinales.

En noviembre de 1980 presentó hematuria macroscópica a raíz de lo cual se le efectuó urograma excretor que mostró riñón izquierdo muy aumentado de tamaño, con muy débil tinción de cálices y pelvis. Una tomografía computada abdominal confirmó la existencia de un riñón izquierdo muy aumentado de tamaño, de densidad sólida homogénea y de contorno irregular. Después de la inyección de la sustancia de contraste, se visualizaron escasos cálices dislocados. No había evidencia de hidronefrosis; no se encontraron metástasis hepáticas.

El 24 de enero de 1981 se instala hematuria permanente y es internado. A su ingreso se constata masa palpable con peloteo en fosa lumbar izquierda. Los exámenes de laboratorio mostraron: hematócrito, 21 %; hemoglobina, 7 g %; uremia, 230 mg %; creatinina, 13,2 mg %; calcemia, 8 mg %, y fósforo, 9 mg %.

Pese a mantener el paciente diuresis entre 2.000 y 3.000 cm<sup>3</sup> diarios durante tres días, estas cifras no se modificaron mayormente. Dada la persistencia de la hematuria se efectuó, el cuarto día de internación, una arteriografía renal. La misma confirmó la ausencia de riñón derecho; la faz nefrográfica mostró un riñón aumentado de tamaño con loculaciones y pérdida de la relación corticomedular; a nivel de las ramas de segundo orden se encontró hipervascularización con formación de lagos san-

guíneos que abarcaba todo el parénquima renal. Dada la extensión de las lesiones se procedió a la embolización del tronco principal de la arteria renal izquierda con Spongostan®.

En los días subsiguientes la diuresis bajó a 220 ml/día. Se colocó cánula de Scribner y se comenzó con hemodiálisis crónica. Después de 15 días se efectuó nefrectomía izquierda.

El examen de la pieza operatoria mostró un riñón de superficie abollonada de 14 x 7 cm; en la superficie y en los cortes había una gran cantidad de nodulos de distinto tamaño, tanto en la cortical como en la medular. La vena renal se hallaba ocupada por tejido de naturaleza tumoral con permeación vascular.

El examen microscópico reveló gran cantidad de focos, algunos vinculados a invasiones vasculares y otros invadiendo totalmente el parénquima renal, tanto en la cortical como en la medular. Dichos focos estaban constituidos por células claras de distribución en parte endocrinoide y en parte papilar y tubular. El riñón restante se hallaba comprimido con secuelas de un proceso inflamatorio crónico.

El diagnóstico fue carcinoma renal multifocal y multicéntrico de aspecto metastásico.

### Discusión

Este caso presenta dos aspectos infrecuentes en la evolución de un carcinoma renal que nos parece interesante destacar:

- 1º) La presencia de lesiones metastásicas en el riñón remanente después de una nefrectomía por carcinoma de células renales.
- 2º) El desarrollo de insuficiencia renal avanzada por metástasis de un tumor sólido.

La presencia de lesiones neoplásicas en el riñón remanente después de una nefrectomía por carcinoma renal es poco frecuente y han sido encontradas en autopsias sólo en 4 % de los casos (Bastable, 1960). Según Skinner y Dekernion (1978), su hallazgo en vida es aun menos frecuente y plantea como dificultad el distinguir si el tumor contralateral corresponde a metástasis del tumor primitivo o a una nueva lesión carcinomatosa. Recientemente, Seoane y Pagliere, al presentar un caso de carcinoma renal bilateral simultáneo, han revisado la bibliografía sobre este tema.

En pacientes mononefros con hipernefroma, Grabstall y Aviles (1968) encontraron que en 19 de 45 pacientes el riñón contralateral había sido extirpado por un carcinoma renal entre 6 meses y 20 años antes de la aparición de la segunda lesión.

Malek y col. (1976) presentaron otros 20 pacientes con carcinoma renal en riñón único; en 8 de ellos la primera nefrectomía había sido efectuada también por carcinoma renal entre 3 meses y 20 años antes. Estos pacientes con carcinoma renal mononefros por hipernefroma previo, tenían una sobrevida significativamente más corta que aquellos en que el riñón contralateral había sido extirpado por otras causas. En base a estos datos los autores concluyen que la mayoría, sino todos, de los carcinomas que aparecen en un riñón remanente después de una nefrectomía por hipernefroma, representan metástasis tempranas o tardías del tumor original.

En el caso de nuestro paciente la lesión contralateral fue diagnosticada cuatro años después de la primera nefrectomía. La presencia de lesiones mediastinales metastásicas y la multicentricidad de las lesiones encontradas en la segunda nefrectomía demuestran el carácter metastásico de las mismas.

En cuanto al segundo aspecto, el desarrollo de insuficiencia renal grave por metástasis parenquimatosas de tumores sólidos es un hecho sumamente infrecuente. En una revisión reciente, Fer y col. (1981) refieren que la invasión de riñón por tumores sólidos raramente causa compromiso de la función renal.

Wagle y col. (1975) encuentran 81 casos de metástasis en riñón en 4.413 autopsias de pacientes neoplásicos, excluidos linfomas y leucemias; de estos 81 pacientes, sólo 4 (5 %) presentaron insuficiencia renal severa.

Los tumores primitivos que más frecuentemente metastizaron en riñón fueron: pulmón (19,8 %), mama (12,3 %), estómago (11,1 %) y riñón contralateral (8,6 %).

Además de la insuficiencia renal en los cuatro casos mencionados, otras manifestaciones fueron: proteinuria, en 95 % de los casos, y hematuria, en 31 %.

En el caso de nuestro paciente, la extensión de los hallazgos angiográficos y patológicos permite deducir que la causa de la insuficiencia renal era la invasión neoplásica parenquimatosa.

La imposibilidad de realizar cualquier tipo de cirugía conservadora, como en general se aconseja (Seoane y Pagliere, 1981), determinó el realizar nefrectomía total seguida de hemodiálisis, conducta que también ha sido reportada (Stroup y col., 1974).

## Bibliografía

1. Bastable, J.: "Bilateral carcinoma of the kidneys". *J. Urol.*, 32:160, 1960.
2. Fer, M.; Mc Kinney, T.; Richardson, R.; Hande, K.; Oldham, R.; Greco, F.: "Cancer and the kidney: renal complications of neoplasms". *Am. J. Med.*, 71:704, 1981.
3. Grabstall, H.; Aviles, E.: "Renal cell cancer in the solitary or sole functioning kidney". *Cancer*, 22:973, 1968.
4. Malek, R.; Utz, D.; Culp, O.: "Hypernephroma in the solitary kidney: experience with 20 cases and review of the literature". *J. Urol.*, 116:553, 1976.
5. Seoane, I.; Pagliere, H.: "Carcinoma renal bilateral simultáneo". *Rev. Arg. Urol.*
6. Skinner, D.; Dekernion, J.: "Clinical manifestations and treatment of renal parenchymal tumors". En: *Genitourinary cancer*. Skinner, D., y Dekernion, J. (edit.) W. B. Saunders Co., Filadelfia, 1978.
7. Stroup, R.; Shearer, J.; Traurig, A.; Lytton, B.: "Bilateral adenocarcinoma of the kidney treated by nephrectomy: a case report and review of the literature". *J. Urol.*, 111:272, 1974.
8. Wagle, D.; Moore, R.; Murphy, G.: "Secondary carcinomas of the kidneys". *J. Urol.*, 114:30, 1979.
9. Willis, R.: "Secondary tumors of the kidneys". En: *The spread of tumors in the human body*, 3ª edición. Butterworths, Londres, 1973.