

## CARCINOMA RENAL CON METASTASIS LARINGEA PRESENTACION DE UN CASO

Dr. Morelli, A. - Dr. Perli, G. - Dr. Coimbra, F. - Dr. Mazza, O. - Dr. Elsner, B.

### Resumen

Presentamos el caso de 1 paciente cuyo motivo de consulta es disfonía, por la cual se le resecan dos pólipos laringeos con diagnóstico histopatológico de metástasis de carcinoma renal, variedad de células claras. El diagnóstico es confirmado posteriormente por el hallazgo y exéresis quirúrgica del tumor renal.

### Introducción

Las formas de presentación de un tumor renal suelen ser muchas veces sorprendentes, ya que pueden aparecer con algunos de los síntomas clásicos (hematuria, tumor y dolor) y otras veces con hipertensión arterial, anemia o cualquiera de los síndromes paraneoplásicos descritos. Sin embargo, en otras oportunidades, que no son pocas, se suele manifestar con signos sintomatología producida por sus metástasis, con poca o nula manifestación inicial del tumor.

Presentamos en este trabajo un caso en el que la manifestación inicial de la lesión renal ha sido una metástasis laringea.

### Presentación del caso

Paciente de 52 años que en enero de 1986 consulta al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas "José de San Martín" por presentar un cuadro de disfonía de 2 meses de evolución, realizándose una laringoscopia indirecta y observándose dos pólipos laringeos. Los mismos se extirpan revelando el estudio patológico que corresponden a una metástasis de un carcinoma renal, variedad de células claras. Con este diagnóstico el paciente es examinado en el Servicio de Urología del mismo hospital, donde al realizarse un urograma excretor se comprueba aumento de tamaño del riñón izquierdo. La tomografía informa la presencia de una masa tumoral en el polo inferior del riñón izquierdo de aproximadamente 7 cm de diámetro.

Entre los antecedentes urológicos del paciente se halla un cuadro de cólico renoureteral en 1978 con un episodio de hematuria que se repite a los 3 meses y por el cual no recibió tratamiento.

El 25/5/86 con el diagnóstico de carcinoma renal se le realiza una nefrectomía izquierda radical.

Posteriormente se efectúa un plan de inmunoterapia llevando hasta la fecha un año de sobrevida con evolución favorable.

### Anatomía patológica

El material remitido de la extirpación de los pólipos laringeos consistió en múltiples fragmentos revestidos parcialmente por epitelio pavimentoso sin alteraciones. El corion subyacente se hallaba infiltrado por nidos de células neoplásicas separadas por delicados tractos de tejido conectivo con vasos capilares congestivos (figura 1).

Las células tumorales presentaban abundante citoplasma ópticamente vacío y pequeños núcleos isocarióticos de leve atipicidad.

La histoarquitectura tumoral y sus características citológicas sugirieron fuertemente el diagnóstico de metástasis laringea de carcinoma renal, variedad de células claras.

El estudio macroscópico del riñón izquierdo de la pieza de nefrectomía radical comprobaba la presencia de una masa tumoral de 7 cm de diámetro mayor, encapsulada, que protruía sobre la superficie renal y deformaba al sistema pielocalicial.

El riñón y el tumor pesaban en conjunto 760 g. La superficie de corte tumoral era blanquecina amarillenta con sectores de aspecto necrótico hemorrágico y áreas cavitadas de hasta 2 cm con contenido hemático.

Histológicamente la neoplasia estaba compuesta por células de idénticas características a las descritas en las lesiones laringeas (figura 2). Las células se disponían en patrones sólidos, tubular con proyecciones papilares y microquístico. Coexistían grandes sectores involutivos, con focos de hemorragia, infiltrado linfocitario y fibrosis.

No se observó infiltración de la cápsula renal, del tejido adiposo perirrenal ni de la mucosa piélica. Los ganglios linfáticos aislados eran negativos y los vasos renales se hallaban libres de invasión tumoral.

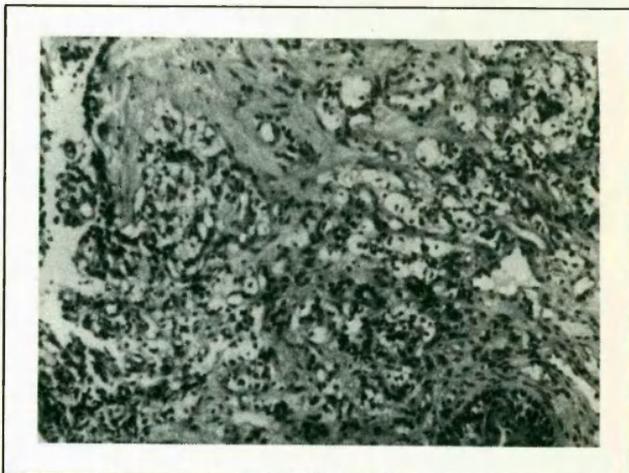


Figura 1. Carcinoma de células claras infiltrando el estroma laringeo (Hematoxilina y Eosina - 100x).

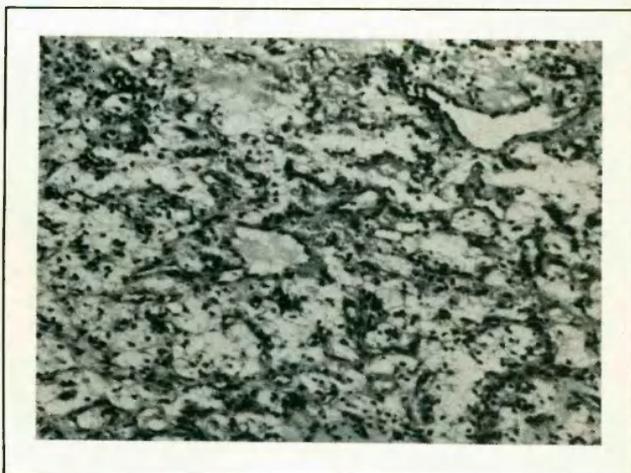


Figura 2. Microfotografía del tumor renal. El mismo es idéntico a la metástasis laringea (Hematoxilina y Eosina - 100x).

## Discusión

La rareza de metástasis laríngeas de tumores distantes es reconocida por la literatura mundial,<sup>(1,2)</sup> existiendo hasta 1985, 83 casos publicados.<sup>(3)</sup> La mayoría de ellas consistían en lesiones clínicamente evidentes y sólo una pocas eran hallazgos de necropsia.<sup>(1)</sup> Excluyendo la infiltración por linfomas malignos y mieloma múltiple, las metástasis por melanoma maligno e hipernefrona constituyen más de la mitad de los casos de neoplasias laríngeas secundarias, siguiéndole en orden de frecuencia los tumores de origen mamario, pulmonar, prostático y digestivo.<sup>(1,4,5)</sup>

Evidentemente, el porcentaje de metástasis laríngeas es superior al publicado<sup>(6)</sup> y esto depende de su localización anatómica y tamaño. Las pequeñas metástasis supra e infragloticas son asintomáticas y, por ende, no diagnosticadas, salvo en los casos en los que se realice la autopsia.<sup>(1)</sup>

En nuestro caso la ubicación glótica de la lesión condujo al paciente a una disfonía de 2 meses de evolución que motivó la biopsia y el diagnóstico. Esta localización es la menos frecuente, predominando las lesiones supragloticas.

Desde el punto de vista histológico, frecuentemente los tumores metastásicos laríngeos son adenocarcinomas, los que deben ser diferenciados histológicamente de los adenocarcinomas originados en la laringe. Estos son tumores muy raros y no representan más de 1 % de los carcinomas laríngeos. Por lo general, corresponden a alguno de los tipos especializados de carcinomas de tipo salival (adenoquístico, mucoepidermoide, etc.), lo que ayuda al diagnóstico diferencial junto con el eventual antecedente de un tumor primitivo en otro órgano y una apariencia histológica característica, como en el caso de los carcinomas renales.

Las metástasis laríngeas deben también diferenciarse de la infiltración extrínseca de la laringe por otros tumores de órganos vecinos, por ejemplo por carcinomas tiroideos.

Las metástasis del hipernefrona en cabeza y cuello tomados en conjunto no son tan infrecuentes,<sup>(7)</sup> llegándose a mencionar una incidencia de 15 %. Los lugares de asiento en orden de frecuencia son tiroides, senos paranasales, nariz, mandíbula, piel del cráneo y cara, hueso temporal, órbita, laringe y lengua.

El carcinoma renal metastatiza principalmente por vía hemática y secundariamente linfática, comprometiendo frecuentemente a los pulmones y a los huesos.

La existencia del plexo venoso vertebral de Batson,<sup>(8)</sup> compuesto por un sistema de venas epidurales y prevertebrales, ofrece una vía de diseminación de émbolos tumorales de neoplasias abdominales hacia cabeza y cuello produciendo un "by pass" al sistema venoso pulmonar. De esta forma se explica la presencia de metástasis laríngeas en un paciente con una placa de tórax normal como en el caso presentado.<sup>(2)</sup>

Fields<sup>(9)</sup> da una explicación alternativa postulando que pequeños émbolos tumorales pueden filtrarse a través del pulmón sin producir siembra metastásica para luego, por vía sistémica, sembrar la laringe.

Con el nivel actual de conocimientos no podemos explicar la baja incidencia de metástasis laríngeas solamente como un problema de filtración mecánica dependiente del flujo sanguíneo que recibe un órgano. El proceso de metástasis incluye una serie de pasos secuenciales.

De la capacidad del émbolo tumoral de adherirse al endotelio vascular, de su invasividad, de la liberación de factores de angiogénesis y de las características bioquímicas del tejido huésped dependerá la frecuencia con que ciertos tumores metastatizan en determinados órganos.<sup>(10)</sup>

Al parecer, la laringe no constituye un micromedio muy satisfactorio para el desarrollo de metástasis, ya que sólo es afectada y en un nivel muy bajo, por la diseminación de tumores de alta capacidad metastásica, como lo son el melanoma y el carcinoma renal.

## Referencias

1. Freelani, A.; Van Nostrand, A.; Jahn, A.: "Metastasis to the larynx". J. of Otolaryngol., 8:448, 1979.
2. Whicker, J. H.; Garder, G.; Devine, K.: "Metastasis to the larynx. Report of case and review of the literature". Arch. Otolaryngol., 96:182, 1972.
3. Balsakis, H.; Luna, M.; Byers, R.: "Metastasis to the larynx". Head Neck Surg., 7:458, 1985.
4. Quinn, F.; Mc Cabe, B.: "Laryngeal metastasis from malignant tumors in distant organs". Ann. Otolaryngol., 66:139, 1957.
5. Boles, R.; Cerny, J.: "Head and neck metastasis from renal carcinoma". Arch. Med., 70:616, 1971.
6. Abemayor, E.; Cochran, A.; Calcaterra, T.: "Metastatic cancer to the larynx". Cancer, 52:1944, 1983.
7. Miyamoto, R.; Helmus, C.: "Hypernefrona metastatic to the head and neck". Laryngoscope, 83:898, 1973.
8. Batson, O. V.: "The function of the vertebral veins and their role in the spread of metastasis". Annals of Surg., 112:138, 1940.
9. Fields, "Renal carcinoma metastasis to the larynx". Laryngoscope, 76:99, 1966.
10. Poste, F.; Fidler, I. J.: "The pathogenesis of cancer metastasis". Nature, 283:139, 1980.