

# Metástasis de localización atípica del carcinoma renal: a propósito de un caso de afectación peritoneal

## *Peritoneal Metastases from Renal Cell Carcinoma: Concerning a Case of Peritoneal Involvement*

Ana Tapia Guerrero<sup>1</sup>, Lydia Rojo Carmona<sup>1</sup>, José A. Villalobos Martín<sup>1</sup>, María García Anaya<sup>2</sup>,  
Francisco Antuña Calle<sup>3</sup>, Elena Gallego Domínguez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UGC de Radiodiagnóstico; <sup>2</sup>UGC de Oncología Radioterápica; <sup>3</sup>UGC de Urología; <sup>4</sup>UGC de Anatomía Patológica,  
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células renales metastatiza, por orden de frecuencia, a pulmones (75%), ganglios linfáticos (60%), huesos (20%) e hígado (18%), y en un porcentaje menor a suprarrenales y cerebro (8,5%), siendo muy infrecuentes las metástasis peritoneales (0,8%). El conocimiento de las localizaciones atípicas de las metástasis en pacientes con carcinoma renal o con antecedentes del mismo permite modificar el curso evolutivo de la enfermedad al lograr un diagnóstico y tratamiento precoz, así como mejorar el seguimiento de este grupo de pacientes, ya que se conocen los estudios complementarios más adecuados que deben efectuarse para detectarlas. De esta forma, pese a que sólo el 4% de las metástasis ofrecen síntomas, conocer la localización donde se disemina el tumor posibilitaría adelantar su diagnóstico. Se presenta un caso de carcinoma renal que desarrolló metástasis peritoneales varios años después de la cirugía.

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 45 años de edad, con asma como único antecedente personal, que durante una ecografía de abdomen rutinaria es diagnosticado de forma casual de una masa renal derecha. El paciente

se encontraba asintomático: sin dolor en la fosa renal, síndrome miccional o hematuria. Ante estos hallazgos se efectúa un uro-TC (tomografía computarizada) donde se observa una masa renal de 11 cm x 9 cm que ocupa todo el hemiriñón posterolateral, heterogénea: con alguna área hiperdensa en probable relación con foco hemorrágico y zonas hipodensas sugestivas de necrosis. Esta lesión presenta un comportamiento hipervascular y respeta el hilio renal. Por tanto, se trata de un estadio T2bN0M0. El resto del estudio de imagen, así como las pruebas analíticas realizadas al paciente, no presentan otros hallazgos significativos.

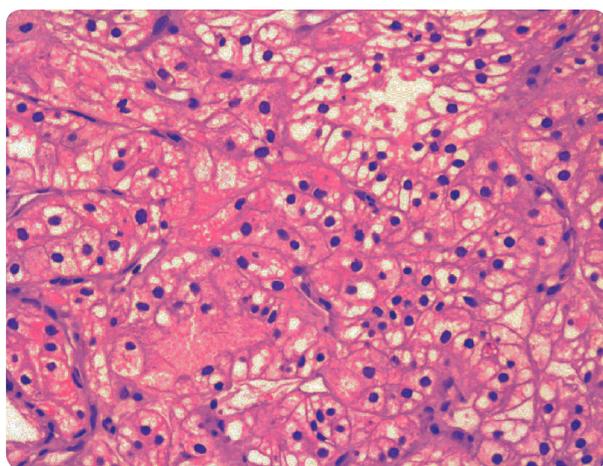
Al mes y medio del diagnóstico, se efectúa una nefrectomía radical derecha por laparoscopia. El diagnóstico anatomopatológico es de carcinoma renal de células claras de 11 cm x 9,5 cm, grado nuclear IV de acuerdo con la clasificación de Fuhrman, con amplias áreas de necrosis. Se aprecia afectación de la cápsula renal sin alcanzar el tejido adiposo prerrenal. El borde de resección del uréter no posee afectación tumoral. Por tanto, se trata de un estadio T2bN0M0.

Posteriormente, se realiza seguimiento por el Servicio de Oncología. Si bien el paciente se encuentra asintomático, en un TC tóraco-abdomino-pélvico con contraste oral e intravenoso de control, se evidencia una imagen

nodular de 1 cm x 0,8 cm que se realza con contraste en su periferia en el lecho de la nefrectomía, adyacente al peritoneo parietal posterior derecho (Ver Imagen 1). A nivel pélvico, en el mesosigma se aprecian varias imágenes de similar morfología, las mayores de 2 cm y 1,8 cm (Ver Imagen 2). Estos hallazgos sugieren, como primera posibilidad, la existencia de metástasis del tumor primario en una localización no usual, sin la presencia de otras lesiones, por lo que se realiza una biopsia percutánea para determinar la naturaleza histológica. La anatomía patológica de dichas lesiones demuestra la celularidad de la misma estirpe que el tumor primario resecado.



**Imagen 1.** Corte de tomografía axial computarizada donde se muestran múltiples imágenes nodulares en el mesosigma con realce periférico tras la administración de contraste intravenoso.



**Imagen 2.** Imagen histológica que muestra las mismas células que las del carcinoma extirpado.

## DISCUSIÓN

El carcinoma renal representa el 3% de las neoplasias malignas del adulto<sup>1,2</sup>. A menudo tiene un comportamiento agresivo, asociándose con un mal pronóstico<sup>3</sup>. Un tercio de los pacientes desarrollarán metástasis a lo largo de su evolución<sup>4</sup>.

La recidiva local tras nefrectomía radical se considera una complicación infrecuente<sup>1</sup>, pero más raro aún es el hallazgo de metástasis peritoneales<sup>2,5</sup>. De hecho, de los tumores primarios que metastatizan a peritoneo, sólo el 2% corresponde a carcinomas renales<sup>4</sup>. Por ello, al publicar este trabajo sobre las metástasis de localización atípica, se contribuye con un mejor conocimiento de dicha enfermedad.

La actitud terapéutica ante un carcinoma renal metastásico debe ser individualizada en cada paciente en función de sus características clínicas y factores pronósticos. Los factores de buen pronóstico en los que coinciden la mayoría de las series son buen estado general, el intervalo libre entre nefrectomía y aparición de metástasis, así como el número, localización y resecabilidad de las mismas<sup>3</sup>.

Las opciones terapéuticas actuales en el carcinoma renal metastásico son las siguientes, a saber: inmunoterapia (con interferón- $\gamma$ , interleucina 2, interferón- $\alpha$  + interleucina 2, o combinaciones de estos agentes con quimioterápicos como el 5-fluoracilo), radioterapia y cirugía. La resección completa de las lesiones metastásicas contribuye a mejorar el pronóstico clínico cuando la enfermedad es resecable y el paciente presenta un buen estado funcional. Se debe realizar extirpación de las metástasis en los pacientes con lesiones metastásicas residuales y resecables que han respondido previamente a la inmunoterapia o con un número limitado de metástasis. La radioterapia paliativa se puede emplear en pacientes sintomáticos seleccionados con lesiones cerebrales u óseas irresecables que no responden a tratamientos sistémicos<sup>1,2</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Atkins MB. Clinical manifestations, evaluation, and staging of renal cell carcinoma. [Internet] Waltham (MA): UpToDate; 2013 [accessed 28.08.2013]. Disponible en [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).

2. Pérez Fentes DA, Blanco Parra M, Toucedo Caamaño V, Lema Grille J, Cimadevila García A, Villar Núñez M. Carcinoma renal metastásico de localización atípica. [Atypical sites of metastatic renal carcinoma. Literature review]. Revisión de la literatura. *Actas Urol Esp*. 2005 Jul-Aug; 29 (7): 621-30.
3. Kontak JA, Campbell SC. Prognostic factors in renal cancer. *Urol Clin North Am*. 2003 Aug; 30 (3): 467-80.
4. Rodríguez García N, García Tello AM, Lanes González L, García Mediero JM, Angulo Cuesta J, Berenguer Sánchez A. Carcinoma renal metastásico a peritoneo: A propósito de un caso. [Renal carcinoma metastatic to the peritoneum. Case report]. *Arch Esp Urol*. 2006 Nov; 59 (9): 919-22.
5. Pérez García FJ, Regadera Sejas FJ, Martínez Gómez FJ, Rodríguez Martínez JJ, Casasola Chamorro J, Martín Fernández M. Carcinoma de células renales. Presentación clínica debut con carcinomatosis peritoneal. A propósito de un caso. [Renal cell carcinoma. Clinical onset with peritoneal carcinomatosis. Report of a case]. *Actas Urol Esp*. 1999 Feb; 23 (2): 156-9.