

# Carcinoma de células renales metastásico al peritoneo: Una presentación infrecuente.

*Metastatic renal cell carcinoma to peritoneum: An uncommon behaviour.*

Gastón López-Fontana<sup>(1,2)</sup>; Juan Manuel Guglielmi<sup>(1)</sup>; Rodrigo Lopez-Fontana<sup>(1,2)</sup>; Paula Valdemoros<sup>(3)</sup>; José Daniel Lopez Laur<sup>(1,2)</sup>.

<sup>1</sup>*Clinica Andina de Urología. Mendoza. Argentina.*

<sup>2</sup>*Cátedra de Urología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo.*

<sup>3</sup>*Laboratorio de Anatomía Patológica Vega-Valdemoros. Mendoza. Argentina.*

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células renales (CCR), constituye la neoplasia más letal de los tumores urológicos, ya que la mortalidad cáncer específica ronda el 35% a 5 años<sup>1</sup>. A pesar de la mayor accesibilidad a los estudios complementarios, el diagnóstico en etapas más tempranas de la enfermedad, la mejoría en la tecnología y el mejor adiestramiento en técnicas quirúrgicas; la mortalidad no ha disminuido tras los años.

La historia natural del CCR analizada en masas renales pequeñas (< 4 cm), ha demostrado que esta neoplasia presenta una baja tasa de crecimiento anual y una escasa capacidad metastásica<sup>2</sup>; sin embargo, no es un evento infrecuente la presencia de una recurrencia y/o metástasis de la enfermedad aun tras muchos años de seguimiento<sup>3</sup>. Habitualmente los sitios más frecuentes son los pulmones, hueso, ganglios linfáticos, hígado y cerebro siendo su pronóstico diferente según el órgano afectado; no obstante, la sobrevida en general en la enfermedad metastásica es menor al 50% a 12 meses de seguimiento<sup>4</sup>. Se han descripto otros sitios infrecuentes tales como el páncreas, tiroides, músculo esquelético<sup>4</sup>; sin embargo, la afectación del peritoneo en forma solitaria y sin estar acompañado de otros órganos

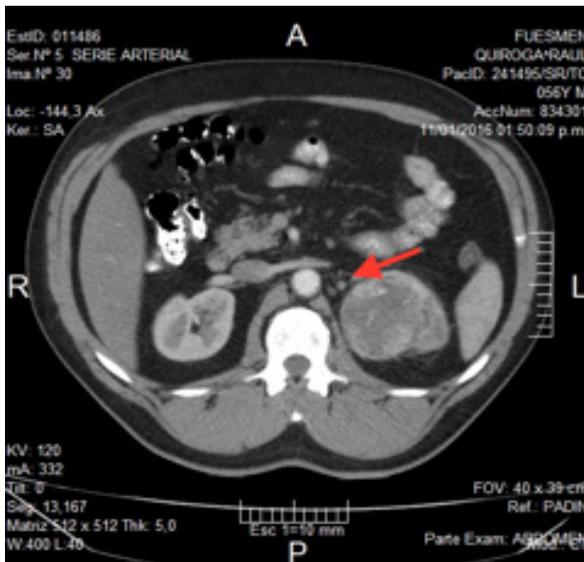
blandos es sumamente infrecuente<sup>5</sup>; sin contar hoy con recomendaciones para el manejo de estos casos. Nuestro objetivo es publicar la conducta infrecuente del CCR en un caso tras una nefrectomía radical laparoscópica con criterios clínicos curativos.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 56 años, hipertenso y con sobrepeso como únicos antecedentes de relevancia; consultó por hematuria macroscópica asintomática. Mediante estudio ecográfico se constató una masa sólida renal izquierda de 6 centímetros ubicada en el polo superior del riñón, la cual presentaba por tomografía computada (TC), un realce del contraste en forma heterogénea con un área necrótica central y una adenopatía infrahiliar de 1,5 cm (Figura 1). Los exámenes complementarios no demostraban lesiones compatibles con secundarismos y fue catalogado clínicamente como de bajo riesgo según los criterios de Motzer; motivo por el cual, se realizó una nefrectomía radical por vía laparoscópica. Durante la inspección de la cavidad abdominal no se constató compromiso peritoneal ni de otros órganos abdominales siendo la cirugía completada satisfactoriamente sin complicaciones intraoperatorias. La pieza quirúrgica

fue completamente extraída en bolsa extractora (Endo Catch IITM) mediante una incisi3n de Pfannenstiel. El paciente evolucion3 favorablemente con una estancia hospitalaria de 36 horas. El informe histopatol3gico revel3 un CCR variable c3lulas claras de 6 x 5,5 x 4 cent3metros sin invasi3n de la capsula ni del seno renal, con amplias zonas de necrosis y m3rgenes negativos, grado histol3gico de Fuhrman 3 (pT1b Nx). Ganglio linf3tico compatible con infiltrado inflamatorio.

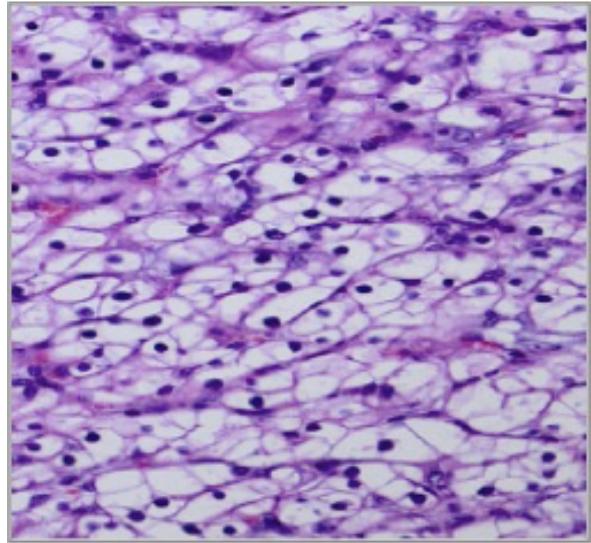
**Figura 1:** Tomograf3a computada de abdomen y pelvis con contraste endovenoso. Lesi3n neopl3sica de 6 cm en el polo superior del ri3n3n izquierdo con adenopat3a de 1,5 cm por debajo del hilio renal (flecha).



**Figura 2:** Tomograf3a computada de abdomen y pelvis sin contraste endovenoso. Gran cantidad de l3quido asc3tico y engrosamiento del peritoneo parietal (flecha).



**Figura 3:** Tinci3n con hematoxilina. Imagen histol3gica de un carcinoma de c3lulas renales metast3sico al peritoneo.



A los tres meses del posoperatorio, consult3 por distensi3n abdominal y disnea. Fue diagnosticado con ascitis y engrosamiento del peritoneo parietal en forma focal mediante ecograf3a y TC (Figura 2). La citolog3a obtenida mediante paracentesis fue negativa para c3lulas neopl3sicas; motivo por el cual, se le realiz3 una laparoscop3a exploradora momento en el que se drenaron 7 litros de l3quido asc3tico y fueron biopsiados implantes en el peritoneo y el epipl3n mayor. El examen histopatol3gico de los mismos confirm3 lesiones metast3sicas del CCR (Figura 3).

El paciente evolucion3 con empeoramiento del estado general falleciendo por progresi3n de la enfermedad a los 4 meses del posoperatorio inicial.

## DISCUSION

La observaci3n de la historia natural de las masas renales halladas en forma incidental, ha demostrado que es un tumor de crecimiento lento y con baja capacidad metast3sica, sobre todo aquellas lesiones menores a 4 cent3metros<sup>2</sup>; no obstante, cerca de un 20% presentan una conducta agresiva con gran capacidad de progresi3n y un pron3stico ominoso una vez que desarrollaron la met3stasis<sup>4</sup>. M3s aun, se han descrito recurrencias hasta 20 a3os posterior al tratamiento primario con criterio curativo y en sitios que

no son los habituales<sup>3</sup>, caracterizando a este tumor como una neoplasia impredecible.

La predilección de una célula neoplásica por un sitio metastásico específico depende de ciertos factores que le faciliten su implantación y crecimiento en el nuevo microambiente. Se sabe que para el CCR; los pulmones, hueso, tejido ganglionar, hígado y cerebro son los sitios más frecuente, siendo su pronóstico desfavorable a pesar de las terapias sistémicas actuales.

Las metástasis peritoneales o en los sitios de incisión como única diseminación son extremadamente infrecuentes para el CCR, encontrándose en menos del 1% de los pacientes fallecidos por progresión de la enfermedad<sup>4</sup>. En la literatura se han descrito unos pocos casos<sup>5-8</sup> siendo muy dificultoso su manejo debido al ascitis que caracteriza a este tipo de diseminación y a la ausencia de protocolos para su manejo. Uno solo caso publicado fue tratado mediante paracentesis en dos ocasiones y antiangiogénico (sunitinib®) logrando una buena respuesta clínica con una sobrevida de 18 meses<sup>6</sup>.

Se desconoce la fisiopatología por el cual la célula neoplásica escoge el peritoneo como único sitio de diseminación. Han sido propuestos factores como la agresividad tumoral, el tipo histológico, el estado inmunológico del huésped o factores locales de la herida. También el acceso laparoscópico fue postulado inicialmente como factor predisponente a la siembra

tumoral en el peritoneo o en los puertos quirúrgicos poniendo en duda este abordaje para el tratamiento de patologías oncológicas. No obstante, dicha hipótesis fue posteriormente desestimada mediante experiencia de diferentes centros de alto volumen de cirugía laparoscópica oncológica<sup>9,10</sup>. Por lo tanto, actualmente se postulan dos razones que expliquen esta infrecuente diseminación; una de ellas puede ser la perforación de la cápsula renal durante la cirugía o la diseminación hematogena a la raíz del mesenterio y la subsecuente diseminación al peritoneo. Si la pieza quirúrgica se extrae en bolsa protectora y el tumor es removido completamente dentro de la fascia de Gerota; es decir, respetando las normas de la cirugía oncológica, no debería producirse contacto entre las células neoplásicas y la membrana peritoneal; motivo por el cual y en nuestra opinión, la diseminación podría haberse producido tiempo antes de la cirugía, ya sea meses o años, tal como ha sido analizado en otras neoplasias<sup>11</sup>, siendo una verdadera incógnita el por qué la célula neoplasia escoge el peritoneo y no los sitios habituales de metástasis.

En conclusión, la diseminación del carcinoma de células renales al peritoneo como único sitio de metástasis es un evento extremadamente infrecuente y con un pronóstico desfavorable. La predilección de la célula neoplasia por este sitio es una incógnita pudiendo haberse producido la metástasis tiempo previo a la cirugía.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lipworth L, Tarone RE, McLaughlin JK: The epidemiology of renal cell carcinoma. *J Urol* 2006; 176: 235.
2. Haramis G, Mues AC, Rosales JC y cols. Natural history of renal cortical neoplasms during active surveillance with follow-up longer than 5 years. *Urology*. 2011; 77(4):787-91.
3. Park YH, Baik KD, Lee YJ y cols. Late recurrence of renal cell carcinoma >5 years after surgery: clinicopathological characteristics and prognosis. *BJU Int*. 2012; 110(11 Pt B):E553.
4. Pagano S, Frazoso F, Ruggeri P. Renal cell carcinoma metastasis. Review of unusual clinical metastases, metastatic modes and patterns and comparison between clinical and autopsy metastatic series. *Scand J Urol Nephrol* 1996; 30: 165-172
5. Pérez García FJ, Regadera Sejas FJ, Martínez Gómez FJ y cols. Renal cell carcinoma. Clinical onset with peritoneal carcinomatosis. Report of a case. *Actas Urol Esp*. 1999; 23(2):156-9.
6. Jennison E, Wathuge GW, Gorard DA. Renal cell carcinoma presenting with malignant ascites. *JRSM Open*. 2015; 6(4):2054270415585087.
7. Boateng AA, Vinson MA, Mutema GK y cols. Malignant ascites and small renal mass: an unusual presentation of advanced renal cell carcinoma. *Urology*. 2013; 82(3):e28-9.
8. Rodríguez García N, García Tello AM, Lanes González L y cols. Renal carcinoma metastatic to the peritoneum. Case report. *Arch Esp Urol*. 2006; 59(9):919-22.
9. Castillo OA, Vitagliano G. Port site metastasis and tumor seeding in oncologic laparoscopic urology. *Urology*. 2008; 71(3):372-8.
10. Wittich P, Marquet RL, Kazemier G y cols. Port-site metastases after CO(2) laparoscopy. Is aerosolization of tumor cells a pivotal factor? *Surg Endosc*. 2000;14:189-92.
11. Friberg S, Nyström A. Cancer Metastases: Early Dissemination and Late Recurrences. *Cancer Growth Metastasis*. 2015; 8:43-9.