

## DESAPARICION DE METASTASIS PULMONAR EN ADENOCARCINOMA DE RIÑON

Doctores: Alberto J. Claret; Carlos M. Aguirre; Antonio A. Villamil; Pedro Molinari; Ernesto A. Orlando.

Son pocos los casos descriptos en la literatura, con esta rara evolución de las metástasis pulmonares por adenocarcinoma de riñón.

Mann, cita tres casos de desaparición de metástasis pulmonar post-nefrectomía; Arcomano presenta un caso, en el cual la regresión de las metástasis se produjo a los ocho meses de la operación; Kessel presenta otro caso similar, con desaparición de la metástasis a los tres meses de la intervención; Bumpus y Beer, presentan un caso cada uno con iguales fenómenos.

Markewitz al comentar otro caso en 1967, señala haber encontrado descriptos diez y seis casos en la bibliografía.

Como se podrá notar, se trata de una infrecuente evolución de estos tumores, que fue también advertida por otros autores en otras neoplasias como el corioncarcinoma de útero, cáncer mamario, etc.

El caso que exponemos, nos sirve para insistir en la variada presentación del cáncer de riñón.

### Caso:

P. D. de 59 años, casado, argentino con residencia en el Partido de Matanza (Prov. Bs. As.).

Enfermedad Actual: Comienza en Octubre de 1967, con tos, expectoración, que en varias oportunidades fue hemoptóica, lumbalgia bilateral, astenia, enorexia, perdiendo cinco Kgs. de peso en las últimas tres semanas. Nota el enfermo disuria periódica, pérdida de fuerza y del calibre del chorro miccional desde hace algunos meses.

Antecedentes Personales: Enfermedades infectocontagiosas características de la infancia; operado de hernia umbilical en 1954, operado por diverticulosis colónica en 1960 y de cataratas en 1965. Refiere hematuria en 1960 y luego posterior aumento del tamaño de la bolsa escrotal, siendo atendido en otro Centro Asistencial.

Antecedentes Heredo-familiares: Padre fallecido ignorando causa; madre falleció por neoplasia en tubo digestivo ignorándose otros datos; dos hermanos y dos hijos sanos.

Estado actual: Ingresa en Noviembre de 1967 al Servicio de Cirugía Torácica con buen estado general, afebril, dolor en hemitórax derecho, disnea de esfuerzo, hemóptisis. Se auscultan rales crepitantes sobre base derecha con disminución del murmullo vesicular, con matides a la percusión de esa zona; la frecuencia respiratoria era de veinte por minuto. La tensión arterial 145/80; pulso 85 por minuto, amplio, regular, igual y normotenso. En el abdomen no se palpa hígado ni bazo; no se palpan adenopatías cervicales, axilares ni inguinales.

Laboratorio: Eritrosedimentación 58mm (1a hora); Glob. Roj. 5.000.000; Glob. Blan. 8.000; Hematocrito 47%; Urea 0,30 grs. %; Glucemia 0,90 grs.%; E. C. G.: Taquicardia sinusal moderada. En la Rx de tórax (frente y perfil) (Fig. 1) se observa opacidad uniforme del parénquima pulmonar en el campo inferior derecho, correspondiendo a una imagen atelectásica del lóbulo medio, con discreta hipertrofia ventricular y una aorta torácica algo ensanchada. En el perfil se visualiza claramente la imagen atelectásica antes descripta. El 27-XI-67, se realiza una broncoscopia, con anestesia de la mucosa, observándose glotis y cuerdas vocales normales; traquea y carina normales; la entrada al bronquio del lóbulo superior derecho es normal, junto con la del bronquio intermedio. El bronquio del lóbulo medio, está ocupado por una masa vegetan-

## DESAPARICION DE METASTASIS PULMONAR EN ADENOCARCINOMA DE RIÑON

te, roja y que sangra con facilidad, al tomar la biopsia. Esto impide la visual, obligando a suspender la endoscopia. Con los golpes de tos, elimina cuagulos y una masa vegetante. El anatómo-patólogo, Dr. Polack, informa adenocarcinoma a células claras. Probable metástasis de tumor renal (Protocolo No. 5.643).

Con esta presunción diagnóstica, el paciente es enviado al Servicio de Urología para su estudio.

No se comprueba en la palpación abdominal, tumoración alguna; la puño-percusión es negativa; el tacto rectal, señala una próstata tamaño ciruela, lisa, elástica, con el lóbulo derecho procedente, límites y surco medio conservado. El urograma de excreción (Fig. 2) muestra un riñón derecho con morfología y eliminación normal; el riñón izquierdo algo agrandado, no elimina sustancia de contraste. La citoscopia fue normal, no así la prueba con indigo carmín que demostró ausencia de eliminación a los doce minutos. La pielografía ascendente izquierda (Fig. 3), muestra una pelvis afinada y rechazada con una ectasia calicial superior. Se completa el estudio con una aortografía que también marca la presencia de una masa tumoral, renal.

Se decide la intervención quirúrgica que se efectúa el 20-11-68, comprobándose gran reacción inflamatoria perirenal e intensa vascularización. El riñón agrandado y con forma irregular a expensas de un tumor sólido de 4x6x6 centímetros fue resecado realizándose además la linfadenectomía regional. El uréter se hallaba engrosado y rodeado por periuteritis. El estudio histopatológico, de la pieza, informó un adenocarcinoma de riñón a células claras.

El post-operatorio del enfermo transcurrió normalmente y a los 20 días de operado el control radiológico de tórax fue normal (Fig. 4).

Una nueva broncoscopia es también normal a los pocos días se repite el examen endoscópico informando broncoscopia normal. (Dr. Araoz).

El enfermo es dado de alta en muy buenas condiciones y se comienza con cobalto terapia en la zona renal izquierda, administrándosele en 35 sesiones 4.500 R.

Se realizan controles periódicos ante el hecho de la desaparición de su metástasis pulmonar. A los cuatro meses de operado la radiografía de tórax es normal (Fig. 5), con eritrosedimentación de 30 mm (1a h.) y exámen de orina normal. El hemograma marcaba 4.300.000 Glob.Roj. y 6.200 Glob. Blan. con una Proteína-C-Reactiva negativa y clínicamente en franca recuperación, aumentando de peso 6 kgs. y asintomático. A los meses de operado la Rx de tórax (Fig. 6) muestra una imagen redondeada y yuxtahiliar. Aparece lumbalgia izquierda periódica que cede con analgésicos siendo la eritrosedimentación de 50 mm (1a h.). Por vía endovenosa se comienza la administración de citostáticos (Monohidrato (N,N-bis (beta-cloroetilo)-diamida del ácido N' O-propileno-fosfórico) encontrándose en este momento con dicho tratamiento.

## COMENTARIO

Después de una interesante mejoría subjetiva y objetiva, nos encontramos abocados a la sospecha de una nueva metástasis pulmonar, revelada por la última placa de control (Fig. 6). Pese a ello el enfermo mantiene muy buen estado general, con una discreta lumbalgia izquierda, siendo las cifras de Laboratorio normales, con excepción de la eritrosedimentación. Kessel, bien señala, que de los tres tipos de adenocarcinoma de riñón: el adenocarcinoma papilar a células claras, el cistoadenoma maligno y el alveolar, es el primero de ellos el más frecuente y el único descrito con regresión de sus metástasis, insinuando un grado menor de malignidad. Varios son los autores que formularon hipótesis para explicar este extraño comportamiento entre tumor primitivo y secundario.

Algunos se inclinan en aceptar una dependencia hormonal, pero de ello no ha habido ninguna demostración biológica. Otros lo explican por una reacción inmuno-biológica, entre el tumor primitivo y la metástasis. Como sugiere Peterson estos fenómenos se deberían a la presencia de cuerpos específicos (Sincisiolisis) producidos por las células

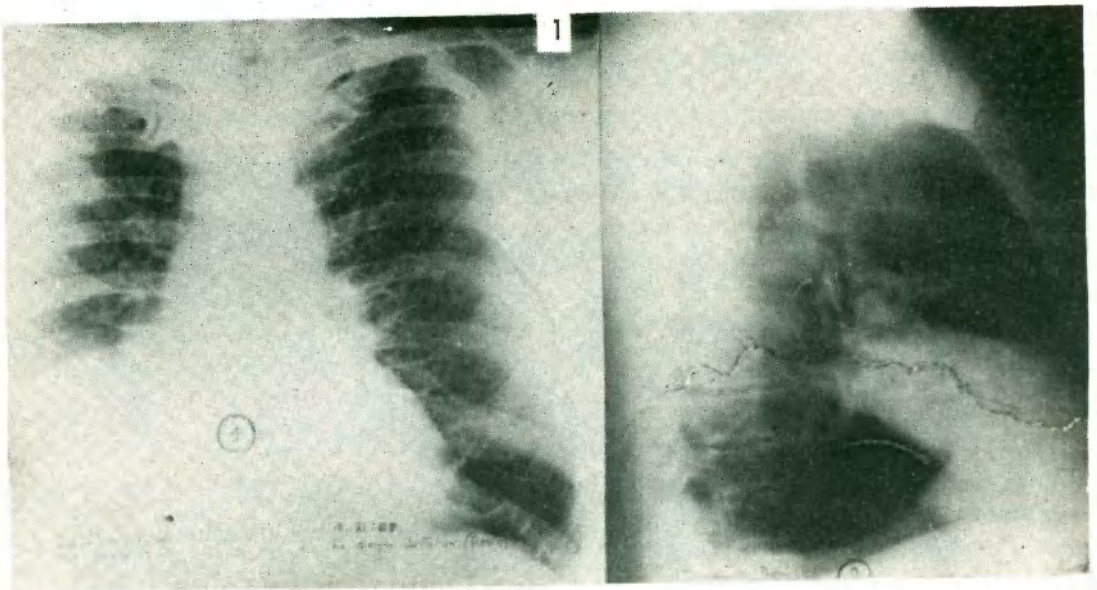
tumorales, volcadas al torrente circulatorio. Luego Bumpus intenta aplicar estos conceptos inmunológicos a la desaparición de las metástasis del adenocarcinoma de riñón sosteniendo que durante el manipuleo quirúrgico se produciría la expulsión de células tumorales a la circulación que a su vez fabricarían anticuerpos. Dependería entonces, del tenor del título de anticuerpos la desaparición o no de las metástasis. En algunos casos presentados, las metástasis desaparecieron varios meses después de la nefrectomía, o sea cuando el título de anticuerpos fue lo suficientemente alto. A la inversa sucedería que nuevamente aparecerían estas cuando por diversas causas el título de los mismos se hallare descendido. Estos anticuerpos no sólo atacarían las metástasis ya existentes más o menos rápidamente, sino que además prevendrían sobre la producción de otras, al actuar sobre las partículas tumorales desprendidas durante la operación. Así también, un título de anticuerpo insuficiente, sería útil para detener el crecimiento de metástasis, no así para retrogradarlas. Histopatológicamente, se puede comprobar el intenso signo de necrosis con infiltrado linfoplasmocitario y la presencia de macrófagos y perifibrosis en los nódulos metastásicos de pulmón, que hablarían de un proceso inmunobiológico.

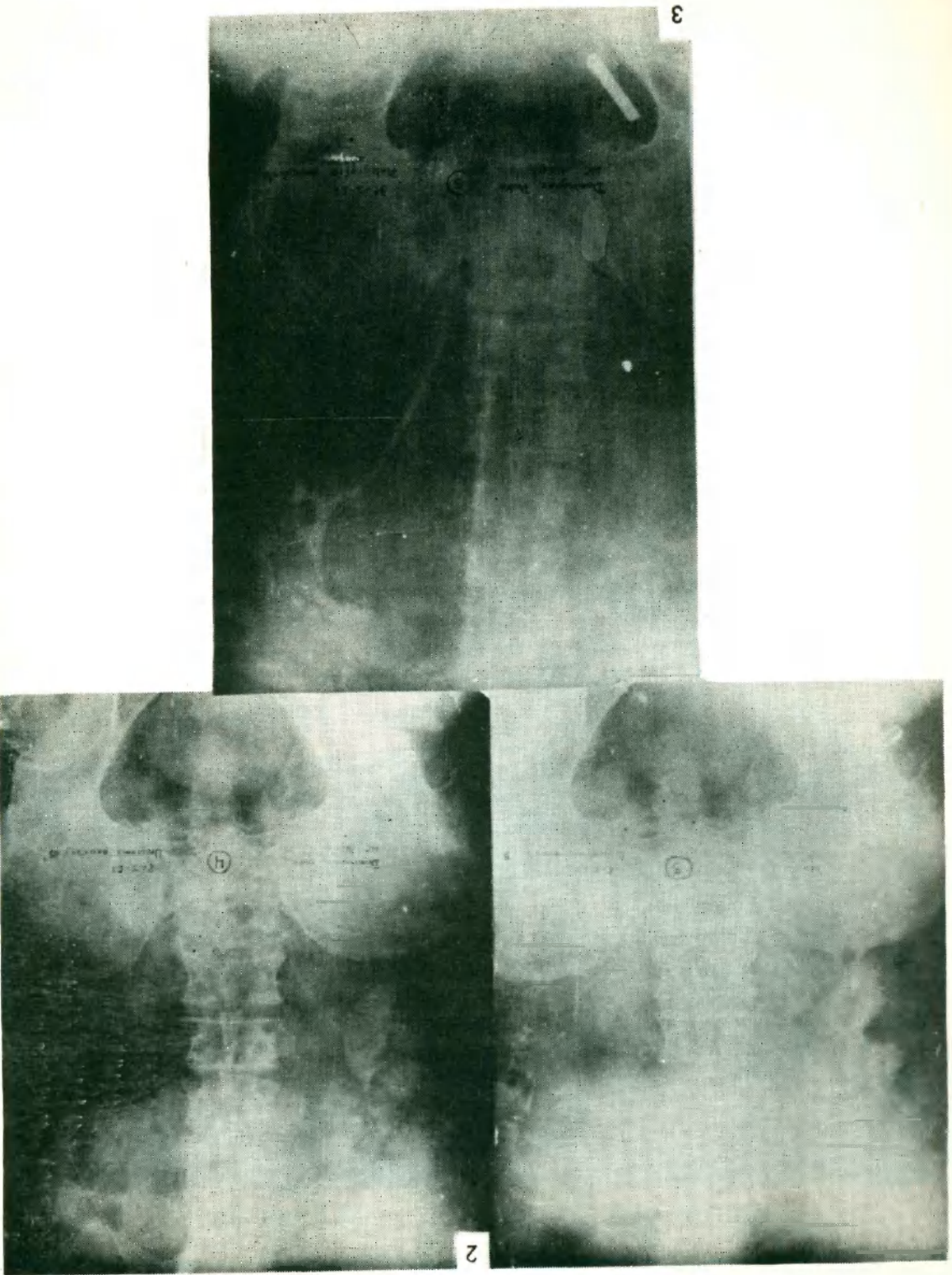
Lynggren cita la importancia de la Proteína-C-Reactiva en estos procesos de regresión de metástasis de tumores renales; dicho test es positivo en presencia de tumor y metástasis, haciéndose negativo con la exéresis del tumor y la regresión de las metástasis; si estas volvieran a desarrollarse, el test sería positivo.

Todos estos conceptos, los llevan a reflexionar sobre la conducta a seguir por el cirujano ante estos tumores renales con metástasis clínicamente únicas o múltiples. Cada enfermo será evaluado particularmente y se hará la nefrectomía, en tumores renales con metástasis única y muy especialmente cuando se pueda reseca ésta por la misma vía de acceso al riñón como realizamos en algunas oportunidades. Otras veces el buen estado general o la esperanza del mejorar algunos signos como la hematuria intensa, dolor, etc. harán realizar la nefrectomía.

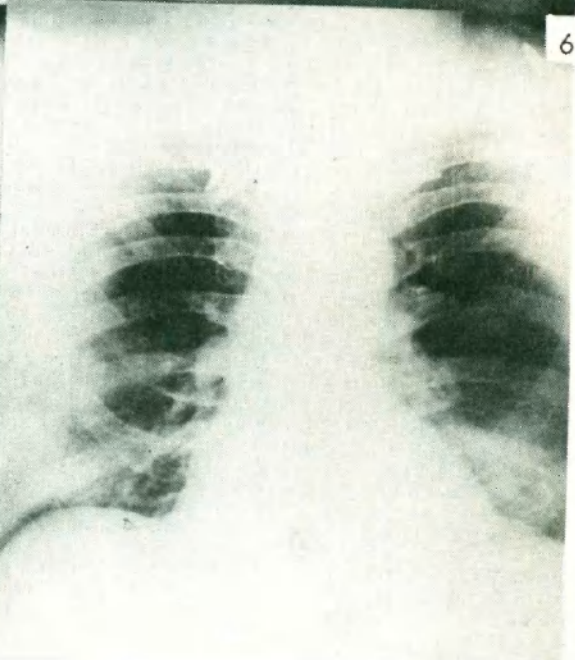
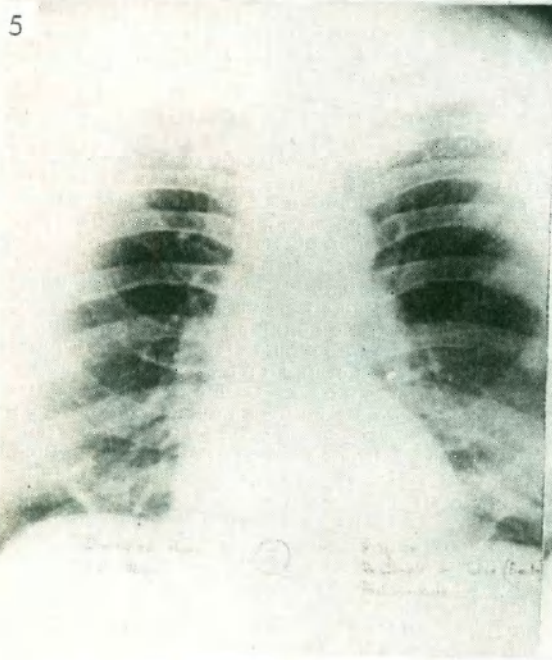
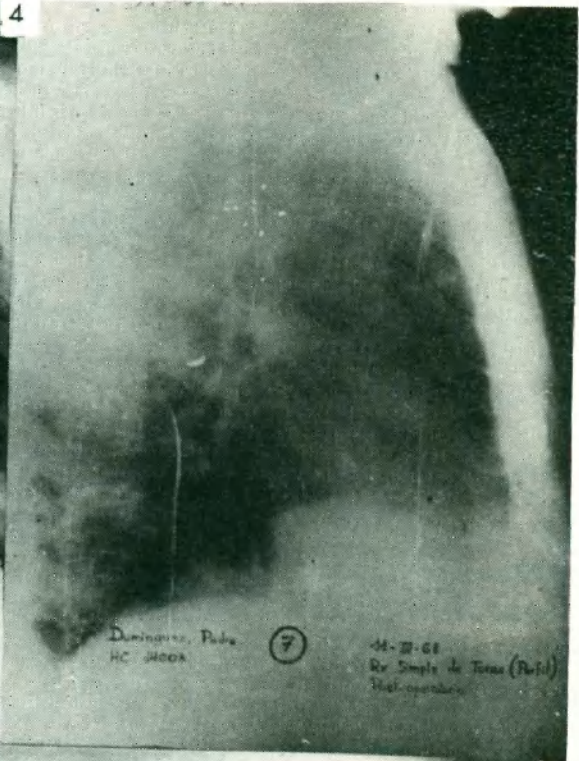
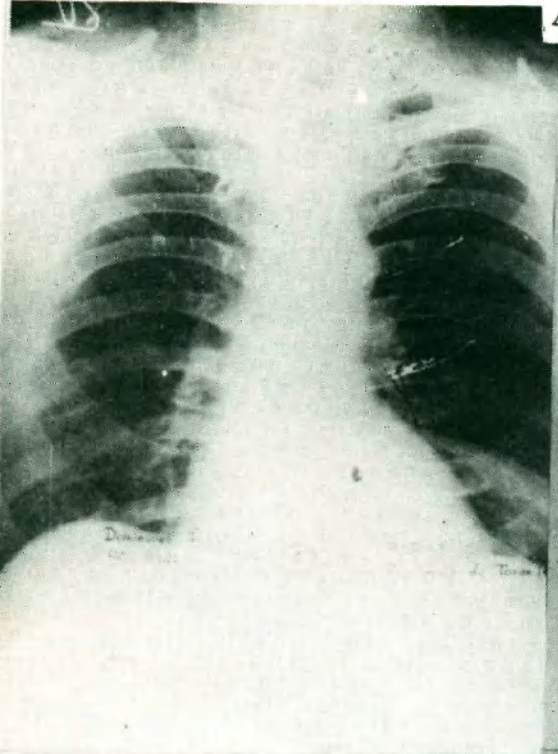
Esperanzados estamos en que se desentrañen estas hipótesis inmunobiológicas que nos harán poseedores de una nueva arma contra este mal.

**RESUMEN** · Se presenta un caso de metástasis pulmonar por adenocarcinoma de riñón a células claras, con desaparición de la misma post-nefrectomía, con ocho meses de evolución.





DESAPARICION DE METASTASIS PULMONAR EN ADENOCARCINOMA DE RINON



## BIBLIOGRAFIA

- Criteria of immunological tolerance to tissere antigens. Clin. Exp. Inmun 2: 133-7, Jan 67.
- Repetitive spontaneous retrogression of metastases. A contribution on the problem of the body's own defense against tumors by: Salais-Smeden Strahlutherapie 129; 26-31 Jan 66.
- Spontaneous regression of pulmonary metastases following palliative nephrectomy. Case report. by: Markewitz, Cancer 30: 1147-54, Jul. 67.
- Kidney-specific antigen depletion in human renal carcinomas by: Nairn, Brit. J. Cancer 20: 756-9, Dec. 66.
- Some Aspets of renal tumors with special reference to spontaneous regresion by: Einas Lyunggren, The Journal of Urology, 82:5, Nov. 59.
- Regression of metastases of hipernephroid cáncer to the lung, Miletinskaia GN, Urol. Nefrol. (Moskva) (30:59-60) Nov. 66.
- Immunologic problems of kidney neoplams in man, Krebsforsch-Krebsbekaenph 6:72-6 (Ges.)
- Spontaneous disapperance of pulmonary metastases i hypernephroma. Final report of twenty year follow-up after nephrectomy, J. Mount, Sinai Hosp. Ny 34:11-6 Jan-Feb. 67.
- Spontaneous regression of pulmonary metastases from hypermephroma by Harry Reiller y col., Ljugreen et al J. Urol. 82:553, 69.