

CARCINOMA RENAL, UNICA METASTASIS RECONOCIDA EN VAGINA RUTA DE DISEMINACION

Dr. Schamun, Carlos Manuel* - Dr. Urbandt, Jorge Angel* - Dr. Scorticati, Carlos Humberto**

Resumen

Presentamos un caso de carcinoma renal derecho cuyo primer y único síntoma fue el sangrado vaginal dependiente de su única metástasis reconocida en vagina.

Analizamos las diferentes teorías sobre las rutas de diseminación hacia la vagina, especialmente el trabajo de los autores japoneses Masuda y col.,⁽²⁾ siendo la teoría del flujo retrógrado de la vena renal a través de la vena ovárica hacia la vagina la de mayor asidero. Se evalúa la táctica quirúrgica adoptada en el curso de las nefrectomías por cáncer, destacando la importancia de reseca la vena ovárica o espermática junto con la pjeza.

Introducción

Motiva la presente comunicación lo excepcional del caso que pasamos a relatar, así como la importancia de la táctica quirúrgica a adoptar en el curso de las nefrectomías por cáncer, teniendo en cuenta la ruta probable de la metástasis.

Material y métodos

E. C., historia clínica 42929, de 68 años de edad, que consulta en junio de 1979 por hemorragia genital escasa. Al examen presentaba un nódulo en vagina cercano al introito vaginal en hora 3 de 2,5 por 2 cm, blanquecino rosado, friable. Sin otras alteraciones y sin sintomatología urológica previa o concomitante. Se realizó exéresis biopsia del nódulo, siendo su resultado metástasis de un carcinoma a células claras. Se realiza urograma excretor que muestra duplicación de vías urinarias excretoras bilateral, observándose una modificación del eje del riñon derecho, caliectasia del piélon inferior renal derecho y masa ocupante a ese nivel. Arteriografía selectiva renal que demuestra características típicas de neoformación corticorrenal derecha con un vaso capsular externo helicoidal descendente. Los exámenes de laboratorio fueron normales, no registrándose hematuria. Radiológica y centellográficamente no se encontraron otras metástasis.

Operada el 22/6/79 por vía anterior se observa tumor de 7 cm de diámetro en polo inferior de riñon derecho sin in-

vasión de la cápsula ni de la grasa perirrenal ni adenopatías hiliares ni regionales. Se efectúa nefrectomía derecha. Anatomía patológica: adenocarcinoma de células claras, con invasión pelvoureteral y trombosis tumoral de la vena renal. Evoluciona satisfactoriamente. Se realiza hormonoterapia durante los 6 primeros meses, continuándose posteriormente con inmunoterapia. En diciembre de 1979 se le realizó reemplazo total de cadera por artrosis. A 11 meses de la operación no presenta evidencia de progresión de la enfermedad.

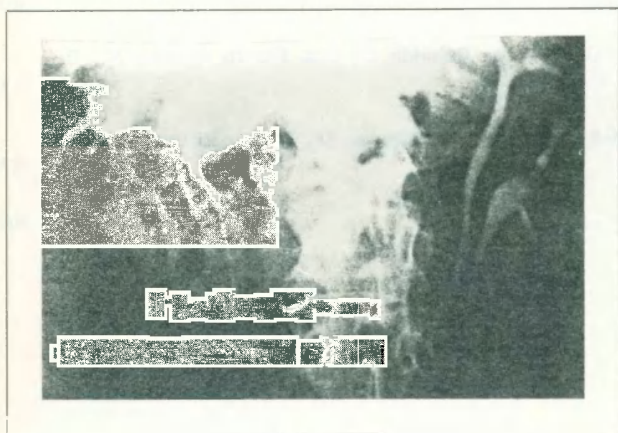


Figura 1. Urograma excretor que demuestra duplicación de vías urinarias excretoras bilateral, observándose modificación del eje del riñon derecho, caliectasia del piélon inferior renal derecho y masa ocupante a ese nivel.



Figura 2. Urograma excretor con mayor aumento, que permite apreciar mejor las modificaciones descritas en figura 1 para el riñon derecho.

Del Instituto de Oncología "Angel H. Roffo", Servicio de Urología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

* Médicos del Departamento Quirúrgico del Instituto de Oncología "Angel H. Roffo"

** Docente Autorizado de Urología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Jefe del Servicio de Urología del Instituto de Oncología "Angel H. Roffo"

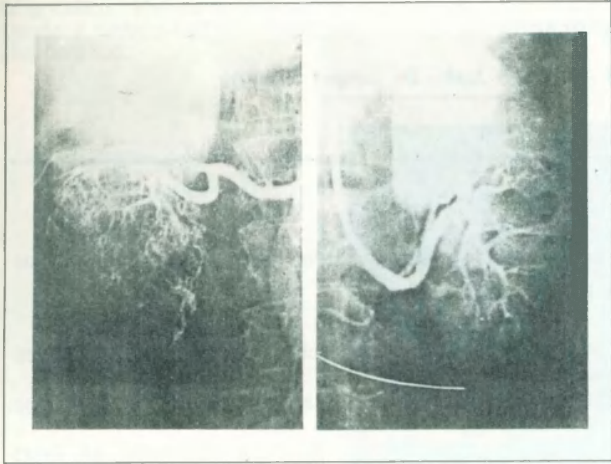


Figura 3. Arteriografía selectiva renal que muestra características típicas de neoformación corticorenal derecha, esbozándose un vaso capsular externo descendente.

Comentarios

Se trata de un caso de extrema rareza, ya que de los 45 casos relatados hasta 1970,⁽³⁾ 80 % de las metástasis vaginales de carcinomas renales fueron originadas en tumores renales izquierdos, presentando éste además la característica de ser la única metástasis demostrada a pesar de los reiterados estudios realizados.

De acuerdo con la clasificación de la UICC se trata de un T2 No M1b, siendo su clasificación posquirúrgica histopatológica P2 Gx V1; presentando como características la ausencia de invasión de la cápsula, invasión pelvico ureteral y trombosis tumoral de la vena renal, con un relleno de vasos de circulación colateral capsular observables en la arteriografía.

Debemos recordar además que el primer y único síntoma de este tumor ha sido el sangrado vaginal dependiente de su metástasis.

Discusión

Con referencia a las rutas probables de diseminación hacia la vagina, cuatro son las posibles, de acuerdo con los diferentes autores: 1) de la vena renal a la circulación sistémica y de allí a la vagina; esta teoría es bastante improbable teniendo en cuenta los casos de metástasis aisladas o únicas como el presente; 2) a través del tracto urinario. No muy probable dado que sólo se ha relatado un caso de metástasis en vejiga con propagación a vagina; 3) vía linfática retrógrada. De difícil comprobación, dado que no se ha probado la comunicación directa entre los linfáticos renales y vaginales. Además en nuestro caso no se observaron metástasis ganglionares hiliares ni regionales; 4) vena renal por flujo retrógrado por la vena ovárica es la teoría de mayor aceptación.

Nosotros, siguiendo a Mulcahy y Furlow,⁽³⁾ Hanash y col.,⁽¹⁾ Talerman y Kniestedt⁽⁵⁾ y teniendo en consideración especialmente el trabajo de Masuda y colaboradores, somos partidarios de esta última teoría.

Los autores japoneses⁽²⁾ realizaron su experiencia con perras adultas en las que estudiaron la circulación colateral por medio de venografía y flujo sanguíneo de la vena ovárica antes y después de la ligadura de la vena renal. Estos

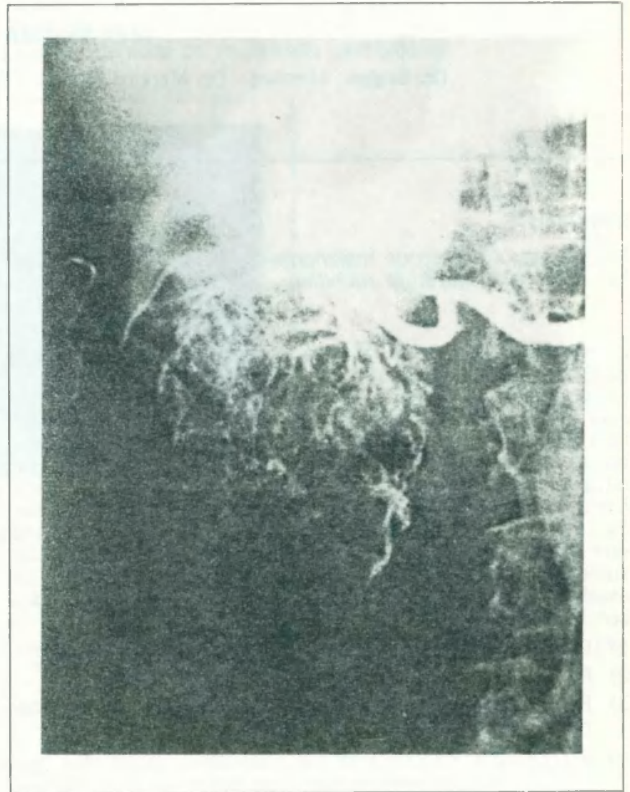


Figura 4. Arteriografía selectiva renal derecha que muestra claramente la existencia de un vaso capsular externo helicoidal descendente.

autores demostraron que las colaterales luego de la ligadura de la vena renal izquierda fueron las venas ovárica y ureteral. Del otro lado en riñón derecho demostraron que las venas de la cápsula renal desembocan en la vena ovárica después de la anastomosis con la vena ureteral. Estudiaron además la circulación sanguínea en la vena ovárica izquierda antes de la ligadura de la vena renal izquierda, observando un flujo de 36 ml/min. desde el ovario hacia la vena renal, pero la circulación sanguínea comienza a fluir en opuesta dirección luego de la ligadura de la vena renal y 1 minuto después el flujo es de 78 ml/min. Arribaron así al resultado de que la ruta de las metástasis vaginales desde el riñón es la siguiente: en el lado izquierdo, desde la vena renal directamente o a través de las venas ureterales hacia la vena ovárica izquierda, de ésta al plexo ovárico izquierdo y de éste al plexo venoso uterovaginal y a la vagina. En el lado derecho, a través de las venas de la cápsula renal o de las venas ureterales a la vena ovárica, de ésta al plexo ovárico derecho y de allí al plexo uterovaginal y vagina.

En concordancia con lo expuesto, nosotros coincidimos con otros autores en la importancia de reseca en el curso de las nefrectomías por cáncer las venas ováricas o espermáticas en conjunto con la pieza, la que debe incluir, de acuerdo con las pautas del Instituto, en block el riñón con toda la grasa y fascia perirrenal, la suprarrenal homolateral y linfoadenectomía yuxtahiliar si los ganglios son negativos a la congelación; en caso contrario debe ampliarse la linfoadenectomía desde el diagrama a la mesentérica inferior.

Bibliografía

- Hanash, K. A.; Carney, J. A., y Kelalis, P. P.: "Metastatic tumors from renal cell carcinoma: Radiographic evidence of possible route of spread". *J. Urol.*, 104, 50, 1970.
- Masuda, F.; Hishinuma, H.; Sasaki, T.; Aral, Y.; Shoji, R.; Teramoto, K.; Yanagisawa, M.; Chen, Z., y Machida, T.: "Vaginal metastasis from renal cell carcinoma: Routes of metastasis". *Jap. J. Urol.*, 69, 472, 1978.
- Mulcahy, J. J., y Furlow, W. L.: "Vaginal metastasis from renal cell carcinoma: Radiographic evidence of possible route of spread". *J. Urol.*, 104, 50, 1970.
- Pienkos, E. J., y Jablolkow, V. R.: "Secondary testicular tumors". *Cancer*, 30, 481, 1972.
- Talerman, A., y Kniestedt, W. F.: "Testicular tumor as first manifestation or renal carcinoma". *J. Urol.*, 111, 584, 1974.