

Carcinoma de células escamosas de la pelvis renal. *Presentación de un caso clínico*

Squamous cell carcinoma of the renal pelvis. *Case report*

Dres. Rizzi, A. O.*;
Alvarez, P. D.**;
Muro, F.**;
López, M. O.**;
Medrano, A. I.**;
Bálsamo, C. O**.

INTRODUCCIÓN

Los tumores del tracto urinario superior que afectan a la pelvis renal son relativamente raros y representan entre el 5 y el 10% de todos los tumores renales y alrededor del 5% de los tumores uroteliales. Constituyen, además, menos del 1% de todos los tumores genitourinarios. La mayoría de los tumores primitivos de la pelvis renal son carcinomas de células transicionales y un 9 a un 17% son tumores escamosos (o epidermoides)^{1,2,8}. Estos últimos son más frecuentes en varones, apareciendo entre la sexta y séptima décadas de la vida. En general, son tumores moderadamente diferenciados a indiferenciados y afectan la pelvis renal con una frecuencia 6 veces mayor que al uréter. Estos tumores a menudo se asocian con urolitiasis de larga data y pielonefritis a repetición, encontrados en el 30-60% de los casos, a través de la secuencia metaplasia escamosa, displasia y cáncer^{1,3}. El carcinoma espinocelular se asocia también con calcificación papilar difusa, sobre todo si se relaciona con el consumo abusivo de analgésicos⁴.

Los pacientes son habitualmente diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad, siendo característico de este tumor su crecimiento insidioso y la ausencia de un síndrome patognomónico. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran el dolor y la hematuria, que aparecen en el 75 y 45% de los casos, respectivamente^{1,5}.

CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años con antecedente de varias cirugías urológicas en la infancia (el paciente no sabe referir qué tipo de cirugía, pero presentaba incisiones de lumbotomía bilaterales). Refiere también infecciones urinarias a repetición en los últimos años.

En marzo de 2003 consultó en otro centro por cuadro clínico de cólico renal derecho que calmó con analgésicos comunes. En dicha ocasión se le realizó urocultivo que resultó negativo y ecografía renovesical que mostró dilatación pielocalicial moderada bilateral y una imagen hiperecogénica de 9 mm en riñón derecho, con sombra acústica posterior, compatible con litiasis.

Continuó tratamiento con analgésicos, con remisión parcial del cuadro clínico.

En el urograma excretor se observó, en la placa simple, escoliosis lumbar levoconvexa e imagen radiopaca compatible con litiasis en topografía renal derecha. En las placas contrastadas se verificó dilatación pielocalicial bilateral y retardo en la excreción del riñón derecho.

El centellograma renal mostró al riñón derecho disminuido de tamaño con múltiples áreas de hipocaptación en todo el parénquima y retención del trazador en el polo inferior. El riñón izquierdo estaba aumentado de tamaño con distribución irregular del trazador.

División Urología del Hospital de Clínicas "José de San Martín", U.B.A., Buenos Aires, Argentina

* Médico de la Sección Oncología, División Urología del Hospital de Clínicas "José de San Martín".

** Residentes de Urología del Hospital de Clínicas "José de San Martín".

Servicio de Urología, Córdoba 2251, 4º piso, Tel: 5950-8791/93 patricio_daniel@ciudad.com.ar

En el radiorenograma se observó una curva plana en el riñón derecho compatible con anulación funcional; el riñón izquierdo presentó una curva acumulativa, con buena respuesta a la furosemida.

En junio de 2003 presentó nuevo episodio de dolor dorsolumbar derecho, asociado con febrícula y sudoración nocturna. Consultó a guardia de otro centro y se le indicó antibioticoterapia ante la sospecha de pielonefritis aguda.

Persistió con el dolor lumbar, con irradiación a fosa ilíaca derecha, asociado con impotencia funcional del miembro inferior derecho.

En julio de 2003 consultó a nuestro Servicio por persistencia del cuadro clínico, y se decidió su internación. Al examen físico se presentaba subfebril, con facies dolorosa y posición antiálgica sobre el decúbito lateral izquierdo. El abdomen se presentaba doloroso a la palpación en flanco y fosa ilíaca derechos, sin reacción peritoneal; la puñopercusión lumbar derecha resultó positiva. Los parámetros bioquímicos mostraron leucocitosis (26.000 glóbulos blancos/mm³), con función renal conservada y resto de los valores normales. El sedimento de orina informó abundantes leucocitos y, escasos hematíes. Los urocultivos, tanto para gérmenes comunes como para BAAR, resultaron negativos. Se le realizó ecografía abdominal en la cual el riñón derecho presentaba contornos irregulares con alteración en la relación corticomedular e imagen litiásica en proyección de polo superior. En valva anterior se observó una imagen anecoica compatible con quiste simple.

El 21/07/03 se solicitó TAC de abdomen y pelvis que mostró a ambos riñones con leve ectasia pielocalicial e imágenes litiásicas. Se observó, también, formación de densidad de partes blandas de 11 x 6 x 5 cm que comprometía al psoas derecho con áreas hipodensas en su interior y cuerpos vertebrales de L2-L3 con alteración de la estructura ósea (Figuras 1 y 2).

El 24/07/03 se le realizó RNM de columna lumbar que evidenció formación heterogénea que comprometía al músculo psoas y a las vértebras lumbares, con indemnidad de los discos intervertebrales (Figuras 3 y 4).

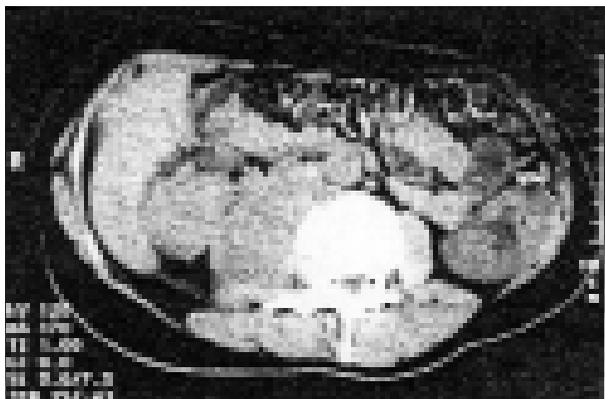
El 25/07/03, ante la persistencia del dolor abdominal, la fiebre y el deterioro del estado general se decidió la exploración quirúrgica. Se realizó incisión de lumbotomía derecha y exploración retroperitoneal y se comprobó la presencia de un tumor renal con compromiso del músculo psoas derecho y de las vértebras lumbares. Se procedió a realizar la nefrectomía derecha y biopsia de la formación extrarrenal.

La anatomía patológica informó la presencia de un tumor de 4 x 4 x 2 cm que se originaba en la pelvis renal e infiltraba al pedículo vascular y a la cápsula del órgano (Figuras 5 y 6). El mismo estaba conformado por nidos sólidos con marcado pleomorfismo celular y áreas de disqueratosis y carcinoma *in situ*, compatible con diagnóstico de carcinoma epidermoide de la pelvis renal. El tejido paravertebral remitido mostró infiltración por la misma estirpe histopatológica (Figura 7).

Se interconsultó con los Servicios de Traumatología y Neurocirugía, decidiéndose la colocación de corset ortopédico para lograr la estabilización de la columna lumbar.

Debido a los intensos dolores dorsolumbares que presentaba el paciente, se inició tratamiento paliativo con jarabe de morfina. El paciente evolucionó con deterioro del estado general y presentó como intercurencia, 20 días después de la cirugía, la aparición de derrames pericárdico y pleural bilateral de origen neoplásico.

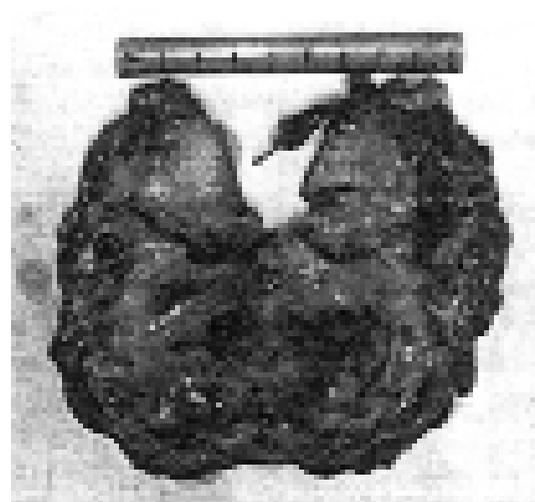
El 22/08/03 se realizó videotoracoscopia derecha y ventana pleuropericárdica con sellamiento pleural derecho con tetraciclinas y avenamiento pleural izquierdo. Cinco días después se completó el sellamiento pleural izquierdo a través del tubo de avenamiento, el cual se retiró.



Figuras 1 y 2. TAC en donde se observa formación de densidad de partes blandas que compromete psoas derecho y cuerpos vertebrales de L2-L3.



Figuras 3 y 4. RNM de columna lumbosacra (cortes sagital y coronal) con formación heterogénea que compromete al músculo psoas y a las vértebras lumbares.



Figuras 5 y 6. Pieza quirúrgica en la cual se aprecia el tumor en la pelvis renal y atrofia parenquimatosa.

El paciente falleció el 20/09/03 por progresión de su patología tumoral (casi 2 meses después del diagnóstico de su enfermedad).

DISCUSIÓN

El carcinoma de células escamosas de la pelvis renal es poco frecuente y representa al 0,5% de todos los tumores renales⁸.

Su diagnóstico desde el punto de vista anatomopatológico no es difícil, aunque por su rareza no es sospechado preoperatoriamente⁵.

El estudio mediante ecografía urológica, urograma excretor e incluso tomografía computada puede aportar datos en determinados casos, pero el diagnóstico preoperatorio exige generalmente un alto grado de sospecha¹.

Raramente ha sido descrito la existencia de un síndrome paraneoplásico con hipercalcemia y secreción de sustancia PTH-like⁶. Se han descrito, también, casos de invasión de la vena cava inferior⁷.

El tratamiento indicado en este tipo de tumores, siempre que pueda llevarse a cabo, es el quirúrgico (neufroureterectomía radical con escisión de manguito



Figura 7. Histopatología: Células escamosas atípicas con disqueratosis.

vesical). En los pacientes con enfermedad metastásica, en los que el tratamiento quirúrgico ya no es una buena opción oncológica, puede estar indicado éste como tratamiento sintomático y para control de la infección. Por otra parte, la respuesta de estos tumores a otras modalidades terapéuticas como radioterapia y quimioterapia es deficiente, lo que hace que el pronóstico de los tumores no resecables sea especialmente malo¹.

La supervivencia se estima en meses y en muy pocas ocasiones supera el año, con un promedio de tan sólo 5 meses desde el momento del diagnóstico.

CONCLUSIÓN

En nuestro caso, a pesar de los exámenes realizados (ecografía, urograma excretor, tomografía, resonancia nuclear magnética, etc.) no se logró un diagnóstico preoperatorio correcto. El tumor de pelvis renal fue un hallazgo intraoperatorio y el diagnóstico de carcinoma epidermoide fue un hallazgo incidental tras la realización del estudio histopatológico.

El compromiso del psoas y de las vértebras lumbares como manifestación clínica inicial en este tipo de tumores es un hecho no descrito anteriormente en la literatura especializada. Si bien la hematuria macroscó-

pica es una manifestación habitual, nuestro paciente no presentó dicho signo.

La edad de presentación suele ser entre la 6ª y la 7ª década de la vida. Sin embargo, en nuestro caso, el paciente tenía 37 años al momento del diagnóstico.

La sobrevida, desde el diagnóstico de la enfermedad, fue de sólo 2 meses (la bibliografía consultada refiere un promedio de 5 meses de sobrevida). El diagnóstico de este tipo de tumores en fases tempranas de la enfermedad puede cambiar el pronóstico, de ahí la importancia de sospechar su existencia en pacientes con factores de riesgo (uropatía obstructiva litiásica de larga data y pielonefritis crónica con atrofia parenquimatosas).

BIBLIOGRAFÍA

1. Conde Sánchez, J. M.; Espinosa Olmedo, J. y cols.: Carcinoma de células escamosas de la pelvis renal. Caso clínico. *Actas Urol. Esp.* 25 (7): 513, 2001.
2. Messing, E. M. y Catalona, W.: Urothelial tumors' of the urinary tract. En Walsh P. C.; Retik A. B.; Vaughan E. D. Jr.; Wein, A. J.: *Campbell's Urology*, 7ª ed., 2327. W.B. Saunders Co, Philadelphia, 1998.
3. Mhiri, M. N.; Rebai, T. y col.: Association between squamous cell carcinoma of the renal pelvis and calculi. *Br. J. Urol.* 64 (2): 201, 1989.
4. Stewart, J. H.; Hobbs, J. B. y McCredie M. R. E.: Morphologic evidence that analgesic-induced kidney pathology contributes to the progression of tumors of the renal pelvis. *Cancer* 86: 1576, 1989.
5. Sevilla Chica, F. I.; Amat, C.; Laforga Canales, J. B. y Romero Pérez P.: Carcinoma epidermoide primitivo de pelvis renal. *Actas Urol. Esp.*; 22 (2): 142, 1998.
6. Díaz González, R.; Barrientos, A.; Larro Dera, L. y col.: Squamous cell carcinoma of the renal pelvis associated with hypercalcemia and the presence of parathyroid hormone-like substance in the tumor. *J. Urol.* 133: 1029, 1985.
7. Oh, S. J.; Lim, D. J.; Cho, J. Y. y col.: Squamous cell carcinoma of the renal pelvis with invasion of the infra-diaphragmatic inferior vena cava. *Br. J. Urol.*, 82 (6): 918, 1998.
8. Blacher, E. J.; Johnson, D. E.; Abdul-Karim, F. W. y col.: Squamous cell carcinoma of renal pelvis. *Urology* 25 (2): 124, 1985.