

Metástasis de Carcinoma de Células Renales (CCR) en glándula suprarrenal contralateral. A propósito de dos casos

Metastatic Renal Cell Carcinoma (RCC) in contralateral adrenal gland. A report of two cases

Héctor Rojas, Alejandro Casabona, Bruno Quintana, Daniel Bengochea

Hospital Italiano de Córdoba

INTRODUCCIÓN

Presentamos dos casos de MTTTS suprarrenal contralateral de un carcinoma de células claras primario. Conociendo que la localización habitual de MTTTS afecta a órganos como pulmón, hígado, hueso, ganglios linfáticos, resultan muy poco frecuentes las MTTTS en glándula suprarrenal (GSR). Y suelen presentarse tardías en su evolución en pacientes con CCR con bajo estadios anatomopatológicos. En ambos casos se realizó exéresis quirúrgica de las MTTTS.

La presentación del primer caso fue metacrónico, en cambio el segundo fue sincrónico. Entendiéndose como sincrónico a aquella MTTTS diagnosticada antes de los dos años posteriores a la nefrectomía radical del riñón contralateral (algunos autores hacen referencia a un período menor de tres meses, otros a uno, dos y hasta tres años; siendo metacrónico si sobrepasa los cuatro años).

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1

Paciente masculino de 67 años de edad, con antecedentes de: hernioplastia inguinal izquierda, colecistectomía, ex tabaquista, nefrectomía radical derecha (12/02/2004) por un carcinoma de células claras, Fuhrman II. Estadificación inicial: Estadio II (T2,

N0, M0). En control ecográfico y luego tomográfico se observa lesión en GSR izquierda; la misma es confirmada por I.R.M. como una imagen de 60 mm, con centro necrótico y en contacto con la cola del páncreas.

La suprarrenalectomía se realizó el 23/09/2008 a través de una incisión subcostal izquierda. Buen postquirúrgico. Anatomía Patológica informa una lesión metastásica de un carcinoma de células claras contralateral. Durante controles, TAC abdomen-pelvis no evidencia lesiones en ganglios linfáticos. Centellograma óseo reporta lesiones artrósicas en columna cervical, ambos codos y hombros, L4-L5. Estadificación: E IV. Realizando tratamiento con Sunitinib.

Queda en controles regulares.

En fecha 27/03/2009 consulta por síncope y mareos, alteración del equilibrio y marcha cerebelosa. I.R.M. de cerebro muestra múltiples lesiones compatibles con MTTTS, imágenes córtico-subcorticales en parietal postmedial del lado derecho, con realce de contraste y edema perilesional. Se indican corticoides y radioterapia. Paciente fallece dos meses después.

Caso clínico 2

Paciente masculino de 61 años de edad, con antecedentes de sobrepeso, neumoconiosis, tabaquista activo. Nefrectomía radical izquierda (20/07/2008); la

Aceptado en Diciembre de 2011
Conflictos de interés: ninguno

Accepted on December 2011
Conflicts of interest: none

Correspondencia
Email: danielbengochea@yahoo.com.ar



Figura 1. Caso 1

histopatología correspondía a un carcinoma de células renales invasor del seno medular, de 70 mm, Fuhrman II. Quedando en controles periódicos. En TAC abdomen pelvis de fecha 09/02/2009 se objetiva aumento de tamaño de GSR derecha, de 30 mm, sugestiva de MTTs.

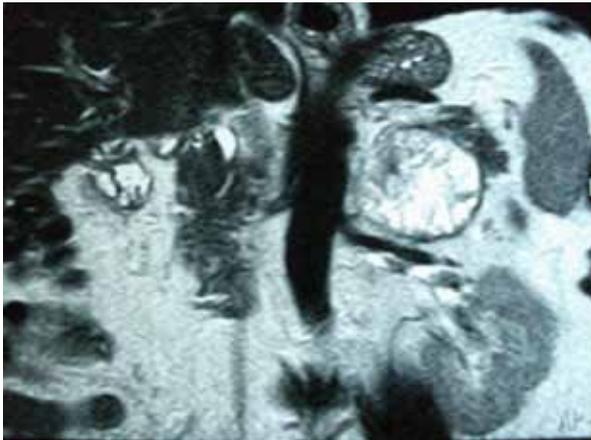


Figura 2. Caso 1

Laboratorio: HB 12,9, GB 6210, UREA 51, CREAT 2,10, FAL 581, Na 140, K 5,1 CALCIO 9,5, LDH 275. Centellograma óseo: Artrosis hombros, articulaciones esternoclaviculares, 1º articulación condrocostal derecha e izquierda, columna lumbar, muñecas, rodillas, tobillos y pies. TAC tórax: colapso subsegmentario segmento lateral del LM. Estructura linfática precarinal de 15 mm. TAC cerebro: normal.

Cirugía realizada en fecha 15/03/2009, supra-renalectomía por vía anterior con incisión mediana supraumbilical. Anatomía patológica: MTTs de un carcinoma de células claras contralateral. Derivado al servicio de Oncología para iniciar inmunoterapia con Sunitinib. El paciente no volvió a controles. Fallece el 07/07/2009.

DISCUSIÓN

El CCR representa el 3% de las enfermedades malignas del adulto. Ocupa el tercer lugar en las neoplasias urológicas, por detrás del cáncer de próstata y vesical. En Europa, la incidencia estimada en 2004 es de 3,89 y 2,26 por 100.000 habitantes-año para hombres y mujeres. Dependiendo de las series, aproximadamente el 60 y el 70% de los pacientes presentan enfermedad localizada o localmente avanzada potencialmente curable con tratamiento quirúrgico. Sin embargo, las tasas de recurrencia son elevadas (35–65%) para pacientes con tumores localmente agresivos, dependiendo del estadio patológico, grado nuclear de Fuhrman. El resto de los pacientes presentan metástasis múltiples a distancia, siendo las más frecuentes en pulmón, ganglios linfáticos, hígado o hueso. El comportamiento del CCR es impredecible, hasta el 50% de los pacientes sometidos a una nefrectomía radical inicialmente curativa, desarrollará enfermedad metastásica metacrónica durante su evolución en el tiempo, razón por la cual precisan seguimientos a largo plazo.

La presencia de insuficiencia adrenal es poco prevalente y suelen ser funcionalmente silentes. Se desconoce el sustrato biológico que determina la afectación contralateral aislada.

Las MTTs GSR suele ser más frecuentes en la glándula ipsilateral. En algunas series se encontró un 11% de afectación contralateral y 17% en glándula ipsilateral, y con afectación exclusiva GSR contralateral del 2,5%. En una serie de 610 pacientes observaron una incidencia de afectación ipsilateral sincrónica del 3,4% y contralateral del 1,1%, de las que sólo 4 fueron metacrónicas (0,6%). En otra revisión, la frecuencia de MTTs metacrónica fue del 1,4%.

La afectación suprarrenal ipsilateral puede ocurrir por diseminación hematogena de células aisladas o por trombosis tumoral a través de la vena renal, vena

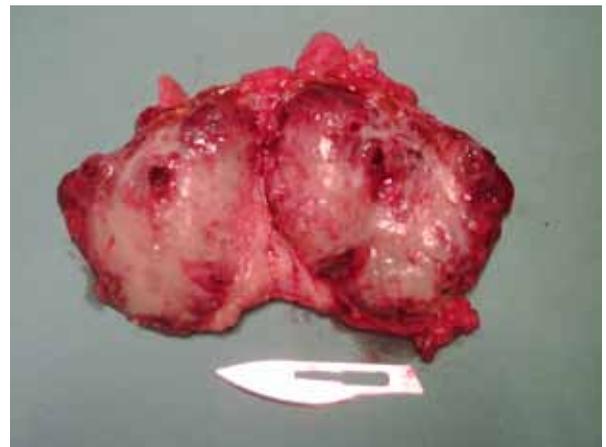


Figura 3. Caso 1



Figura 4. Caso 2

adrenal, venas colaterales de la grasa perinéfrica y periféricas de la glándula adrenal. La extensión directa a través de la cápsula renal puede ocurrir en tumores renales de gran tamaño o de polo superior¹.

Respecto al tratamiento primario del CCR, ha sido controvertido a lo largo de los años la necesidad o no de adrenalectomía ipsilateral simultánea con la nefrectomía. Diversos estudios han concluido que este procedimiento no conlleva una mejoría del pronóstico salvo en determinadas circunstancias. Se han establecido como factores de riesgo: estadios tumorales elevados y de gran tamaño, localización en polo superior, multifocalidad, trombotosis de la vena renal. Debido al reducido número de pacientes con este tipo de metástasis a largo plazo hace difícil llegar a conclusiones sobre su pronóstico y manejo.

La supervivencia de los pacientes con enfermedad metastásica avanzada sin tratamiento tienen un pronóstico pobre, pero éste difiere en aquellos pacientes con lesiones solitarias en las que es posible su extirpación quirúrgica completa, consiguiendo una supervivencia



Figura 5. Caso 2

prolongada con tasas del 23 al 35% a los 5 años^{2,3}. El pronóstico es más favorable en aquellos pacientes diagnosticados con un intervalo de tiempo mayor desde la nefrectomía. En nuestra experiencia hemos podido recoger datos interesantes, de MTTTS de localizaciones muy poco habituales para un CCR (ejemplo: testículo, glándulas suprarrenales, etc.).

En los casos citados, llama la atención: primero, el bajo grado de Fuhrman, y segundo, la afectación de la glándula contralateral.

Comparando nuestra experiencia con la literatura, encontramos que además de ser una localización rara para secundarismo, es aun más raro el lado contralateral. Suelen presentarse MTTTS más frecuentemente con grados más altos de Fuhrman. Además del mal pronóstico que acompañó a estos pacientes.

El comportamiento a veces impredecible del CCR, como en el caso 1, el paciente pese a presentar MTSS única, y siendo tratada quirúrgicamente la misma, evoluciona tórpidamente, hace pensar que posiblemente haya existido micrometástasis diseminadas, que no pudieron ser detectadas.

Por tanto, ante la ausencia de guías clínicas para el manejo de estos pacientes, proponemos la cirugía de la metástasis adrenal seguida de tratamiento adyuvante con inmunoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosales Leal José Luis y cols. Metástasis suprarrenal metacrónica en 2 pacientes sometidos a nefrectomía radical por carcinoma de células renales primario. *Arch. Esp. Urol.* [online]. 2006, vol.59, n.8 [citado 2012-05-21], pp. 779-784. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142006000800004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0004-0614. <http://dx.doi.org/10.4321/S0004-06142006000800004>.
2. Kollender Y, Bickels J, Price WM, Kellar KL, Chen J, Merimski O, Meller I. Metastatic renal cell carcinoma of bone: indications and technique of surgical intervention. *J Urol.* 2000; 164(5):1505-1508.
3. Zisman A, Wieder JA, Pantuck AJ, Chao DH, Dorey F, Said JW, y cols. Renal cell carcinoma with tumor thrombus extension: biology, role of nephrectomy and response to immunotherapy. *J Urol.* 2003; 169(3):909-916.
4. Campbell-Walsh Urology, 9th ed.