

CARCINOSARCOMA DE PELVIS RENAL: APORTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

J. LEMA GRILLE, M. BLANCO PARRA*, J.M. SUÁREZ PEÑARANDA**,
C. DURANA TONDER**

*Servicio de Urología. *Facultad de Medicina. **Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario.
Santiago de Compostela. La Coruña.*

PALABRAS CLAVE:

Carcinosarcoma. Pelvis renal.

KEY WORDS:

Carcinosarcoma. Renal pelvis.

Actas Urol Esp. 26 (7): 509-512, 2002

RESUMEN

Los carcinosarcomas que se originan en la pelvis renal son neoplasias infrecuentes. Todos los casos previamente publicados han sido casos aislados y se caracterizaron por su mal pronóstico. Nosotros aportamos un nuevo caso en un hombre de 59 años de edad, describiendo los aspectos clínicos, radiológicos e histopatológicos.

ABSTRACT

Carcinosarcomas arising in the renal pelvis are uncommon neoplasms. All previously reported cases are isolated reports and have shown to carry a poor prognosis. We report a new case of a 59-year-old man, describing the clinical, radiological and histopathological features.

En la literatura médica en lengua inglesa se han descrito en los últimos cincuenta años aproximadamente 127 casos de carcinosarcomas (CS) localizados en el aparato urogenital¹. Teniendo en cuenta que de éstos sólo 9 se originaron en la pelvis renal²⁻⁶, se comprende la importancia de nuestra aportación.

CASO CLÍNICO

Varón de 59 años sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por dolor intenso de inicio súbito localizado en región lumbar y flanco izquierdo no acompañado de fiebre, síntomas vegetativos ni alteraciones en la micción. A la exploración destaca Tª de 36°C, estado general aceptable y puño percusión renal

izquierda positiva sugiriendo el diagnóstico de cólico renal. El estudio analítico no mostró alteraciones en el hemograma ni en la bioquímica sanguínea. En la radiografía de tórax y abdomen no había anomalías significativas ni evidencia de imágenes radiopacas que sugiriesen litiasis en la vía urinaria. La ecografía abdominal evidenció una dilatación significativa de la pelvis y cálices izquierdos sin observarse claramente la causa de dicha dilatación. Inicialmente el paciente fue tratado en el propio Servicio de Urgencias con analgésicos y antiinflamatorios parenterales sin conseguir una aceptable respuesta clínica, por lo que se decidió su ingreso para continuar con el tratamiento y completar estudios.

Durante el ingreso se realizó urografía intravenosa. En ella aparecía un marcado retraso funcional del riñón izquierdo acompañado de pielocaliectasia, observándose un defecto de relleno redondeado a nivel de la unión pieloureteral que podría tratarse de un cálculo radioluciente. Ante estos hallazgos se procedió a un cateterismo ureteral con doble J, con la idea de desobstruir la unidad renal. Sin embargo el catéter no consiguió sobrepasar el obstáculo por lo que fue necesario llevar a cabo una nefrostomía percutánea. Mejorado el estado clínico del paciente se realizó una pielografía descendente con la idea de establecer con mayor exactitud la naturaleza de la formación piélica. Las radiografías (Fig. 1) mostraron un defecto de repleción de 2 x 2 cm a la salida de la pelvis renal, claramente obstructivo al impedir el paso de contraste al uréter. Estos hallazgos no permitían descartar plenamente el diagnóstico de neoformación por lo que se procedió a una exploración quirúrgica.



FIGURA 1

Mediante una incisión subcostal en el flanco izquierdo se accedió a la pelvis renal y tras incindir-la se comprobó que estaba ocupada por una formación grisácea de aspecto neoplásico, por lo que se realizó nefroureterectomía radical. El postoperatorio cursó sin complicaciones dándose el alta hospitalaria a los cinco días.

El estudio anatomopatológico mostró una masa grisácea con áreas hemorrágicas y necróticas de 2,8 x 2,5 cm ocupando parcialmente la pelvis renal. Esta masa estaba mal delimitada contactando con la grasa peripiélica. El estudio histopatológico reveló una neoplasia sólida con dos componentes. El más predominante correspondía a grandes células indiferenciadas con positividad a las citoqueratinas AE1-AE3 y Cam 5.2. El segundo estaba constituido por células fusiformes sólo positivas a vimentina. En algunas áreas había clara diferenciación cartilaginosa entremezclada con las áreas epiteliales (Fig. 2) y en algunas secciones se observó osteoide. La pelvis adyacente al tumor mostraba carcinoma urotelial in situ que no alcanzaba el uréter. Con todos estos hallazgos, el diagnóstico final fue de carcinosarcoma de pelvis renal.

La evolución del paciente fue mala, comenzando a presentar dolor intenso en parrilla costal, región lumbar y flanco izquierdos unos dos meses después de la cirugía. Una TC abdominal y torácica confirmó la existencia de recidiva local extensa infiltrando la musculatura abdominal próxima y también varias metástasis hepáticas (Fig. 3). Su estado general empeoró rápida y progresivamente falleciendo en las semanas siguientes.

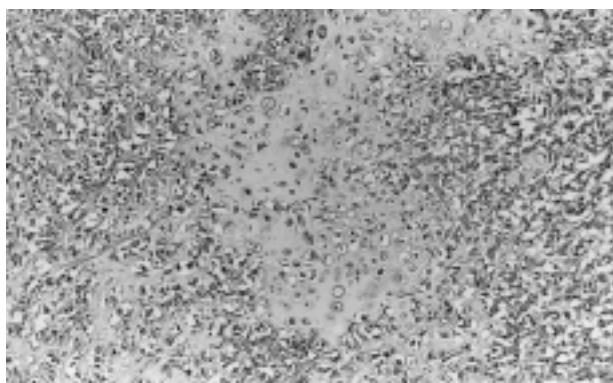


FIGURA 2



FIGURA 3

DISCUSIÓN

Los carcinosarcomas¹ (CS) son tumores constituidos por un componente epitelial maligno (carcinomatoso) y un componente mesenquimal maligno (sarcomatoso). Existe una gran variedad de estos componentes estando descritos dentro del epitelial el adenocarcinoma, carcinoma de células transicionales, carcinoma de células escamosas y carcinoma indiferenciado. Dentro del componente sarcomatoso el número es mayor: fibrosarcoma, histiocitoma fibroso maligno, liposarcoma, leiomiomasarcoma, rabdomiosarcoma, angiosarcoma, osteosarcoma, condrosarcoma, sarcoma de células fusiformes y sarcoma indiferenciado. El componente epitelial maligno más frecuente en el CS de riñón y de próstata es el adenocarcinoma, mientras que en el CS vesical es el carcinoma de células transicionales. Por su parte, el condrosarcoma es el componente sarcomatoso más frecuente en la vejiga y la próstata, destacando el osteosarcoma en el riñón. Es fundamental no confundir estas neoplasias con los carcinomas sarcomatoides, es decir, carcinomas que poseen un componente celular predominantemente fusiforme dando al tumor una apariencia sarcomatoide.

El origen de estas neoplasias es desconocido. La opinión más actual es que se trata de carcinomas con grados variables de diferenciación divergente⁷.

El CS es un tumor raro. En los últimos cincuenta años han sido publicados¹ en la literatura médica en lengua inglesa unos 12 casos de CS de riñón, 10 CS de uréter, 83 CS de vejiga, 20 CS de

próstata y 2 CS de pene. Teniendo en cuenta que el caso que nos ocupa corresponde a un CS de la pelvis renal esta característica lo convierte en una aportación sumamente rara, ya que en nuestra revisión sólo hemos encontrado 9 CS con este origen²⁻⁶. Las características de estos nueve casos junto con nuestra aportación son expuestas en la Tabla I (modificada de Chen KT³).

Analizando los datos expuestos en la Tabla se pueden extraer las siguientes conclusiones:

Los CS son tumores que se presentan a partir de los sesenta años, observándose el mayor número de casos en la séptima década de la vida.

No hay preferencia por un sexo ni por una localización no habiendo sido descrito ningún caso de bilateralidad. Sí hay un caso en el que el CS de pelvis se acompañó simultáneamente de la misma estirpe tumoral en el uréter y la vejiga.

La manifestación clínica más frecuente es la hematuria indolora seguida del dolor en el flanco. Más raramente se observa masa palpable y síntomas constitucionales (astenia, anorexia, etc).

Desde el punto de vista anatomopatológico el componente carcinomatoso fue mayoritariamente un carcinoma de células transicionales (8 casos) seguido del carcinoma escamoso (2 casos). Por su parte, el componente sarcomatoso fue osteosarcoma (3 casos), condrosarcoma (4 casos), rabdomiosarcoma (1 caso), sarcoma pleomórfico (1 caso) y tumor de células gigantes (1 caso).

El tratamiento a realizar siempre debe ser agresivo si la edad y las condiciones generales del paciente lo permiten. Este se basa en cirugía radical, fundamentalmente nefroureterectomía y menos frecuentemente nefrectomía radical. Respecto al empleo de radioterapia y/o quimioterapia éstas generalmente no fueron empleadas salvo en dos casos. En los tratados urológicos⁸ se indica que los CS son tumores resistentes a estas modalidades terapéuticas, sin embargo, en las últimas publicaciones en las que se aborda este problema se indica la necesidad de un tratamiento adyuvante con quimioterapia.

El pronóstico de estos tumores es desalentador, falleciendo la mayoría de los pacientes en los dos años que siguen a la intervención quirúrgica, por enfermedad diseminada generalmente metástasis hepáticas.

TABLA I

Autores	Año	Edad	Sexo	Clínica	Origen	Tratamiento	Histología	Evolución
Fauci et al.	1961	61	F	Hematuria	Riñón D	Nefroureterectomía	CCT y sarcoma pleomórfico	Libre de enfermedad a los 6 meses
Hou y Willis.	1963	77	F	Dolor lumbar	Riñón D	Nefrectomía	Ca. Escamoso y osteosarcoma	Muerto en 2 meses con metástasis hepáticas
Elliot et al.	1973	70	M	Hematuria	Riñón I	Nefrectomía	Ca. Escamoso y osteosarcoma	Muerto en 1 año con metástasis
Bennington y Beckwith.	1975	ND	ND	ND	ND	ND y condrosarcoma	CCT ND	ND
Ridolfi y Eggleston.	1978	65	M	Hematuria y dolor en flanco	Riñón I	Nefrectomía y radioterapia	CCT y rabdomiosarcoma	Muerto a las 5 semanas con probables metástasis hepáticas
Tarry et al.	1981	63	F	Hematuria Dolor en flanco	Riñón D con invasión de vena renal y vena cava inferior	Nefroureterectomía extirpación del trombo de vena cava	CCT células gigantes	Libre de enfermedad a los 20 meses
Chen et al.	1983	66	F	Hematuria	Riñón D	Nefroureterectomía	CCT y osteosarcoma	Libre de enfermedad a los 2 años
Orsatti et al.	1993	80	M	Hematuria Dolor en flanco	Riñón I, uréter y pared vesical I	Nefrectomía, ureterectomía parcial y RTU vesical seguida de radio y quimioterapia	CCT y condrosarcoma	Muerto a los 18 meses por patología cardíaca aguda
Dimitriou et al.	2000	84	M	Hematuria	Riñón I	Nefroureterectomía	CCT y condrosarcoma	Murió a los 6 meses con nódulos pulmonares y recidiva local
Lema et al.	2001	59	M	Dolor en flanco	Riñón I	Nefroureterectomía	Ca in situ condrosarcoma	Muerto a los tres meses por recidiva local y metástasis hepáticas

CCT: Carcinoma de células transicionales. ND: No disponible.

REFERENCIAS

- FRANK I, TAKAHASHI S, TSUKAMOTO T, LIEBER MM: Genitourinary sarcomas and sarcinosarcomas in adults. En: Vogelzang NJ, Shipley WU, Scardino PT, Coffey DS, Miles BJ, editores. Comprehensive textbook of genitourinary oncology. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000; 1.102-1.119.
- ORSATTI G, CORGAN FJ, GOLDBERG SA: Carcinosarcoma of urothelial organs: sequential involvement of urinary bladder, ureter, and renal pelvis. *Urology* 1993 mar; **41** (3): 289-291.
- CHEN KT, WORKMAN RD, FLAM MS, DeKLOTZ RJ: Carcinosarcoma of renal pelvis. *Urology* 1983 oct; **22** (4): 429-431.
- TARRY WF, MORABITO RA, BELIS JA: Carcinosarcoma of the renal pelvis with extension into the renal vein and inferior vena cava. *J Urol* 1982 sep; **128** (3): 582-585.
- RIDOLFI RL, EGGLESTON JC: Carcinosarcoma of the renal pelvis. *J Urol* 1978 apr; **119** (4): 569-572.
- DIMITRIOU RJ, GATTUSO P, COOGAN CL: Carcinosarcoma of the renal pelvis. *Urology* 2000 sep; **56** (3): 508-511.
- WICK MR, SWANSON PE: Carcinosarcomas: current perspectives and an historical review of nosological concepts. *Sem Diag Pathol* 1993; **10** (2): 118-127.
- CATALONA WJ. Tumores uroteliales del tracto urinario. En: Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED, directores. Campbell Urología. 6ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A 1994; 1.090-1.133.

Dr. J. Lema Grille
Concheiros, 13-4ºD
15703 Santiago de Compostela (La Coruña)

(Trabajo recibido el 12 de julio 2002)