



## PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



### CASO CLÍNICO

## Metástasis vaginal del carcinoma de células renales

Judith Silva Alonso\*, Javier Díez García, Leire Rodríguez Gómez  
y Txantón Martínez-Astorquiza Ortiz de Zárate

Servicio de Ginecología Oncológica, Hospital de Cruces, Bilbao, España

Recibido el 16 de noviembre de 2010; aceptado el 8 de febrero de 2011

Accesible en línea el 29 de abril de 2011

#### PALABRAS CLAVE

Carcinoma de células renales;  
Metástasis vaginal

#### KEYWORDS

Renal cell carcinoma;  
Vaginal metastasis

**Resumen** El carcinoma de células renales es un tumor de comportamiento impredecible, con alta tendencia a producir metástasis. Puede afectar la vagina, produciendo hemorragia genital. El tratamiento es la biopsia extirpación de la lesión.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### Vaginal metastasis from renal cell carcinoma

**Abstract** Renal cell carcinoma behaves unpredictably, with a strong tendency to produce metastasis, which can affect the vagina, leading to genital bleeding. Treatment is based on wide local excision of the lesion.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

### Introducción

El carcinoma de células renales es un tumor que tiene su origen en el epitelio del túbulo proximal renal y que tiende a aparecer en la corteza renal. Su diámetro medio al diagnóstico es alrededor de 7 cm; el tipo histológico más frecuente (75%) es el adenocarcinoma de células claras<sup>1,2</sup>. Su presentación clínica y su comportamiento biológico son impredecibles y casi nunca se detecta con la presentación clásica (tumor, dolor y hematuria), que siempre está asociada a enfermedad avanzada<sup>1,3</sup>.

Aproximadamente, el 30% de los carcinomas de células renales debutan con metástasis, el 25% con enfermedad avanzada y el 45% con enfermedad localizada. Concurrentemente, el 20% de los pacientes presentan un síndrome paraneoplásico, que puede ser muy complejo: fiebre, caquexia, policitemia, hipercalcemia, neuromiopatía, amiloidosis, etc.<sup>4,5</sup>.

El tratamiento de los carcinomas localizados se basa en la nefrectomía radical, mientras que en caso de metástasis la respuesta al tratamiento quimioterápico es muy limitada. En esta situación tienen actividad antitumoral compuestos como el interferón-alfa, interleucina-2, temsirolimus y agentes antiangiogénesis, como la talidomida, el bevacizumab y el sunitivib<sup>6–8</sup>.

La localización más frecuente de metástasis es el pulmón (75%), seguida por tejidos blandos (36%), hueso (20%), hígado (18%) y piel y sistema nervioso central (8%)<sup>1,2</sup>. Las metástasis

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [judithsial@hotmail.com](mailto:judithsial@hotmail.com) (J. Silva Alonso).

vaginales son infrecuentes, con menos de 100 casos descritos en la literatura<sup>9-14</sup>. No obstante, el adenocarcinoma de células renales es uno de los tumores extragenitales que más frecuentemente producen metástasis en la vagina<sup>4,15</sup>. Casi siempre la metástasis vaginal precede al diagnóstico del tumor renal, y suele cursar con hemorragia genital<sup>3,12</sup>. Por tanto, una lesión vaginal sangrante con biopsia de adenocarcinoma de células claras debe hacer sospechar la existencia de un tumor primario renal, si no detectamos ningún tumor dentro de la esfera genital.

Los adenocarcinomas vaginales representan el 5% de todas las neoplasias vaginales, pero el 91% de los adenocarcinomas vaginales son metastáticos<sup>3,4,16</sup>. El adenocarcinoma vaginal primario suele verse en mujeres jóvenes que fueron expuestas intraútero al dietilestilbestrol, mientras que el adenocarcinoma de células claras metastático aparece en mujeres de edad avanzada con un primario en cérvix, ovario o endometrio<sup>2,3,12</sup>.

Presentamos 2 casos de metástasis vaginales de carcinoma de células renales que ocurrieron en el contexto de enfermedad metastásica.

## Casos clínicos

### Caso 1

Paciente de 49 años sin antecedentes de interés que consulta en mayo de 2008 por astenia severa. Es diagnosticada de anemia ferropénica y se inicia tratamiento con hierro por vía oral. En agosto de 2008 presenta un cuadro general de astenia, anorexia y pérdida de 10 kg de peso. Posteriormente, aparece dolor severo en la fosa renal izquierda junto con hematuria franca.

Se realiza una TC toraco-abdomino-pélvica en diciembre de 2008 y se diagnostica una masa de 12 cm en el riñón izquierdo, junto con múltiples nódulos pulmonares bilaterales y un nódulo hepático de 4 cm. Se etiqueta de hipernefroma izquierdo metastático y se presenta en el comité de tumores del hospital. Se recomienda nefrectomía izquierda y tratamiento con sunitinib.

En enero de 2009 se realiza una nefrectomía radical izquierda. La anatomía patológica resultante fue de adenocarcinoma renal de células claras de grado II de Fuhrman, de 11 cm de tamaño que infiltra la grasa perirrenal y la vena renal. El estadio es pT3b pN0 M1 de grado II V1.

En agosto de 2009 se objetiva la aparición de una formación polipoide de 2 cm en el tercio inferior de la cara vaginal anterior. Se extirpa la tumoración y corresponde a metástasis vaginal de adenocarcinoma renal de células claras.

En la fecha de la última revisión (junio de 2010) la paciente se encontraba viva con enfermedad pulmonar y hepática estable.

### Caso 2

Paciente de 55 años que es diagnosticada en el año 2005 de adenocarcinoma renal de células claras metastático (falange distal del 4.º dedo de la mano derecha). Tras el diagnóstico se realiza una nefrectomía radical derecha en septiembre de 2005. En mayo de 2006 se observa en la TC de control una



Figura 1 Tumor en la cara anterior de la vagina.



Figura 2 Tumor en la cara anterior de la vagina visto con valva.

recidiva en la celda renal derecha, con metástasis en la glándula suprarrenal izquierda.

Valorada por el comité de tumores se indica tratamiento con interferón-alfa. En agosto de 2006 se realiza una TC toraco-abdomino-pélvica en la que se aprecia progresión tumoral, junto con metástasis pulmonares múltiples. Se cambia el tratamiento a aunitinib, permaneciendo la enfermedad estable.

En noviembre de 2007 consulta por hemorragia genital y secreción vaginal maloliente. A la exploración se visualiza una tumoración sangrante de 1 cm en la cara vaginal anterior. Se realiza biopsia-extirpación (figs. 1-3) informada de adenocarcinoma renal de células claras metastático.

La paciente fallece en febrero de 2008 debido a progresión tumoral.

## Discusión

El cáncer primario de vagina representa el 1-2% de todos los cánceres ginecológicos. Son mucho más frecuentes los tumores metastáticos en la vagina, sobre todo en el caso de los



**Figura 3** Herida quirúrgica tras la resección del tumor vaginal.

adenocarcinomas<sup>15,16</sup>. Destacan los adenocarcinomas de células claras de origen cervical, ovárico o endometrial. Fuera del tracto genital los más frecuentes son los de colon, páncreas, estómago y riñón<sup>12</sup>. El carcinoma de células renales se caracteriza por una presentación clínica muy variable, así como un comportamiento biológico impredecible. Dentro de esta situación puede producir metástasis vaginales, que aunque son infrecuentes, son en muchos casos la primera manifestación del tumor<sup>4,17</sup>.

Típicamente aparece una tumoración sangrante en el tercio inferior de la cara vaginal anterior (como ocurrió en nuestros 2 casos clínicos), que produce a la paciente hemorragia genital y leucorrea, motivo por el que acude al ginecólogo<sup>3,4,13,14</sup>. En nuestros casos clínicos las pacientes ya estaban diagnosticadas de carcinoma renal, por lo que el diagnóstico fue fácil, pero habitualmente las metástasis vaginales son el primer signo del tumor renal, por lo que es importante la sospecha clínica y la biopsia de la tumoración vaginal.

En el manejo de las biopsias vaginales de adenocarcinoma metastásico de células claras se deben usar técnicas de inmunohistoquímica, ya que el carcinoma renal expresa S-100 y vimentina. Los adenocarcinomas ginecológicos de células claras expresan el CD-10<sup>3,4</sup>.

El modo de diseminación del carcinoma de células renales a la vagina corresponde al flujo venoso retrógrado a partir de la vena renal izquierda, drenando a la vena ovárica izquierda y al plexo venoso uterovaginal. Por eso, casi siempre están asociadas las metástasis vaginales a neoplasias renales del lado izquierdo<sup>3,4,11,12</sup>. En nuestra experiencia sólo una de las dos pacientes presentaba de un tumor de células renales del lado izquierdo.

El comportamiento clínico tan variable del carcinoma de células renales se refleja en casos descritos de recidiva tumoral única en la vagina 10 años después de la nefrectomía radical por tumores en estadio inicial (T1)<sup>18</sup>.

El factor pronóstico más importante en las pacientes con metástasis vaginal del carcinoma de células renales es si la metástasis es única o está asociada a otras metástasis<sup>10</sup>. Las metástasis múltiples tienen muy mal pronóstico, debido a la resistencia del tumor a los tratamientos sistémicos<sup>19,20</sup>.

El tratamiento de la afectación vaginal se basa en la extirpación amplia de la lesión, a lo que algunos autores añaden radioterapia posterior<sup>3,4,12,13</sup>. El objetivo del tratamiento es el control local de los síntomas, ya que normalmente ocurrirá progresión de la enfermedad en otros órganos.

Para concluir diremos que el carcinoma de células renales puede producir raramente metástasis vaginales, que en muchos casos son el primer signo de la enfermedad. El tratamiento local se basa en la extirpación amplia de la lesión, que garantiza un adecuado control de los síntomas de dicha metástasis.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer. Principles and practice of oncology, 7.<sup>a</sup> ed. Filadelfia: Lippincott Williams and Wilkins. 2005. p. 1139–68.
- Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, et al. Campbell's urology, 8.<sup>a</sup> ed. Filadelfia: Saunders. 2002. p. 2714–9.
- Bozaci EA, Atabekoglu C, Sertcelik A, Unlü C, Ortaç F. Metachronous metastases from renal cell carcinoma to uterine cervix and vagina: Case report and review of literature. *Gynecol Oncol.* 2005;99:232–5.
- Allard JE, McBroom JW, Zahn CM, McLeod D, Maxwell GL. Vaginal metastasis and thrombocytopenia from renal cell carcinoma. *Gynecol Oncol.* 2004;92:970–3.
- Russo P. Renal cell carcinoma: presentation, staging, and surgical treatment. *Seminars in Oncology.* 2000;2:160–76.
- Forum J, Nieder C, Kondo M. Sunitinib, sorafenib, temsirolimus or bevacizumab in the treatment of metastatic renal cell carcinoma: a review of health economic evaluations. *J Chemother.* 2010;22:75–82.
- Bellmunt J, Flodgren P, Roigas J, Oudard S. Optimal management of metastatic renal cell carcinoma: an algorithm for treatment. *BJU Int.* 2009;104:10–8.
- Huang D, Ding Y, Li Y, Luo WM, Zhang ZF, Snider J, et al. Sunitinib acts primarily on tumor endothelium rather than tumor cells to inhibit the growth of renal cell carcinoma. *Cancer Res.* 2010;70:1053–62.
- Torné A, Pahisa J, Castelo-Branco C, Fabregues F, Mallofre C, Iglesias X. Solitary vaginal metastasis as a presenting form of unsuspected renal adenocarcinoma. *Gynecol Oncol.* 1994;52:260–3.
- Tarraza HM, Meltzer SE, DeCain M, Jones MA. Vaginal metastases from renal cell carcinoma: Report of four cases and review of the literature. *Eur J Gynaecol Oncol.* 1998;19:14–8.
- Redman JF, Román-López J. Renal cell carcinoma and vaginal metastasis. *Urology.* 1977;10:148–9.
- Lialios G, Plataniotis G, Kallitsaris A, Theofanopoulou MA, Skoufi G, Messinis IE. Vaginal metastasis from renal adenocarcinoma. *Gynecol Oncol.* 2005;98:172–3.
- Milathianakis CN, Karamanolakis DK, Massoud WA, Roumier X, Bogdanos IM, Perrin P. Vaginal metastasis from renal cell carcinoma. *Prog Urol.* 2005;15:319–21.
- Osorio L, Sabell F, Soares J, Lima E, Marcelo F. Vaginal metastasis from renal cell carcinoma. *Actas Urol Esp.* 2008;32:653–5.
- Elvira A, Garnateo F, Oyarzabal A, Rivero B. Metástasis vaginales de tumores colorrectales. *Prog Obstet Ginecol.* 2010;53:328–30.

16. Gershenson DM, McGuire WP, Gore M, Quinn MA, Thomas G. Gynecologic cancer. Controversies in management. Filadelfia: Elsevier. 2004. p. 52–3.
17. Ovesen H, Gerstenberg T. Vaginal metastasis as the first sign of renal cell carcinoma: a case report and a review of the literature. *Scand J Urol Nephrol.* 1990;24:237–8.
18. Pruthi RS, Richman M, Derksen JE, Maygarden S. Stage T1 renal cell carcinoma relapsing in the vagina 10 years after initial diagnosis. *J Urol.* 2003;170:2379–80.
19. Atzpodien J, Royston P, Wandert T, Reitz M. Metastatic renal carcinoma comprehensive prognostic system. *Br J Cancer.* 2003;88:348–53.
20. Motzer RJ, Bacik J, Schwartz LH, Reuter V, Russo P, Marion S, et al. Prognostic factors for survival in previously treated patients with metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol.* 2004;22:454–63.