



CASO CLÍNICO

Metástasis vaginal secundaria a cáncer renal de células claras. Reporte de un caso

Rigoberto Dolores-Velázquez^{a,*} y Eduardo Gómez-Plata^b

^a Coordinación de Cirugía, Centro Oncológico Estatal ISSEMYM, Toluca, Méx., México

^b Servicio de Patología, Centro Oncológico Estatal ISSEMYM, Toluca, Méx., México

PALABRAS CLAVE

Cáncer renal;
Metástasis vaginal;
México.

KEYWORDS

Renal cancer; Vaginal
metastases; Mexico.

Resumen Los tumores renales constituyen aproximadamente el 3% a nivel mundial de los tumores malignos; el tipo histológico más frecuente es el carcinoma de células claras (70%-80%), aproximadamente el 30% de estos pacientes muestra una enfermedad metastásica en su forma de presentación inicial y un 40% desarrolla metástasis durante el seguimiento. Los sitios más frecuentes de metástasis incluyen pulmón (50%-60%), hueso (30%-40%) y cerebro (5%). El cáncer de vagina representa aproximadamente el 1%-2% de las neoplasias malignas del tracto genital, siendo el 91% metastásicos; la mayoría de los casos representan metástasis del cérvix, endometrio o colon, por lo que la metástasis de un carcinoma renal a vagina es extremadamente rara.

Vaginal metastases secondary to renal clear cell cancer. Case report

Summary Renal tumors constitute about 3% worldwide of all malignancies, the most frequent histological type is clear cell carcinoma (70%-80%), approximately 30% of these patients show metastatic disease in its presentation initial and 40% develop metastases during follow-up. The most frequent sites of metastasis include lung (50%-60%), bone (30%-40%) and brain (5%). Vagina cancer represents approximately 1%-2% of malignancies of the genital tract, the 91% of these are metastases, the majority of cases represent metastases from cervix, endometrium or colon, vagina metastasis from renal carcinoma is extremely rare.

1665-9201 © 2014 Gaceta Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

* Autor por correspondencia: Av. Solidaridad las Torres N° 101, esq. Benito Juárez, Colonia del Parque, Toluca, Méx., México. Teléfono: 01 (722) 276 6820, ext. 3500, 3501. Correo electrónico: pmfcoe@hotmail.com (Rigoberto Dolores-Velázquez).

Introducción

Los tumores renales constituyen aproximadamente el 3% de los tumores malignos en el mundo. No obstante, su incidencia ha aumentado debido probablemente al desarrollo de técnicas de imagen¹.

Según el Registro Histopatológico de Neoplasias, en México el cáncer renal ocupa el decimoquinto lugar y constituye el 1.6% de todas las neoplasias malignas.

En el adulto se manifiesta con más frecuencia entre los 50 y 70 años de edad; sin embargo, se han informado casos en niños y adultos jóvenes². El tipo histológico más frecuente es el carcinoma de células claras (70%-80%), también es el que tiene un comportamiento más benigno; otro tipo es el carcinoma papilar, el cual se presenta en 10%-15% de los casos. El carcinoma de células cromóforas representa el 5% y aunado con el carcinoma de conductos colectores (1%) son las estirpes histológicas más agresivas, además de la diferenciación sarcomatoide³.

Aproximadamente el 30% de los pacientes con carcinoma de células renales (CCR), muestra enfermedad metastásica en su forma de presentación inicial y, el 40% restante desarrollan metástasis durante el seguimiento. Menos del 5% de los pacientes presentan una metástasis solitaria en el momento del diagnóstico^{4,5}.

Los sitios frecuentes de metástasis incluyen pulmón (50%-60%), hueso (30%-40%) y cerebro (5%). Con excepción de los casos raros de enfermedad metastásica con origen en los órganos extragenitales, la vagina es vulgarmente un lugar de metastatización de los tumores genitourinarios, especialmente del cuello del útero, endometrio y riñón. Sin embargo, la metástasis vaginal como forma de presentación del cáncer renal es extremadamente rara⁶.

Presentación del caso

Femenina de 51 años de edad, portadora de diabetes mellitus tipo 2, inicio su padecimiento 3 años antes de su primera revisión oncológica, al notar incomodidad y aumento de volumen en hemiabdomen derecho, y notando sólo discreto cambio de coloración en la orina y aumento en el sangrado menstrual.

Una urografía excretora solicitada previamente reveló un tumor renal derecho y ectasia pielocalicial. La tomografía computada (TC) abdominopélvica corroboró el tumor y mostró que era resecable; asimismo denotó actividad ganglionar perihiliar y metástasis en hígado segmentos 6, 7 y 8.

Fue sometida a nefrectomía radical derecha sin incidentes, con reporte histopatológico final de adenocarcinoma de células claras bien diferenciado (grado histológico II), con afección a la fascia de Gerota. Recibió tratamiento con interferón alfa 2B 10,000 UI semanales (6 dosis).

A un mes de terminado el tratamiento acudió por presentar sangrado transvaginal poscoital. A la especuloscopia vaginal se observó una nodulación necrótica de aproximadamente 2 x 3 cm, ulcerada, sangrante, sin relación anatómica con el cérvix en cara posterior, tercio superior de la vagina. Estos hallazgos fueron corroborados por colposcopia; se procedió a tomar biopsia la cual evidenció reporte de neoplasia maligna de alto grado de tipo adenocarcinoma de células claras metastásico (figs. 1 y 2).

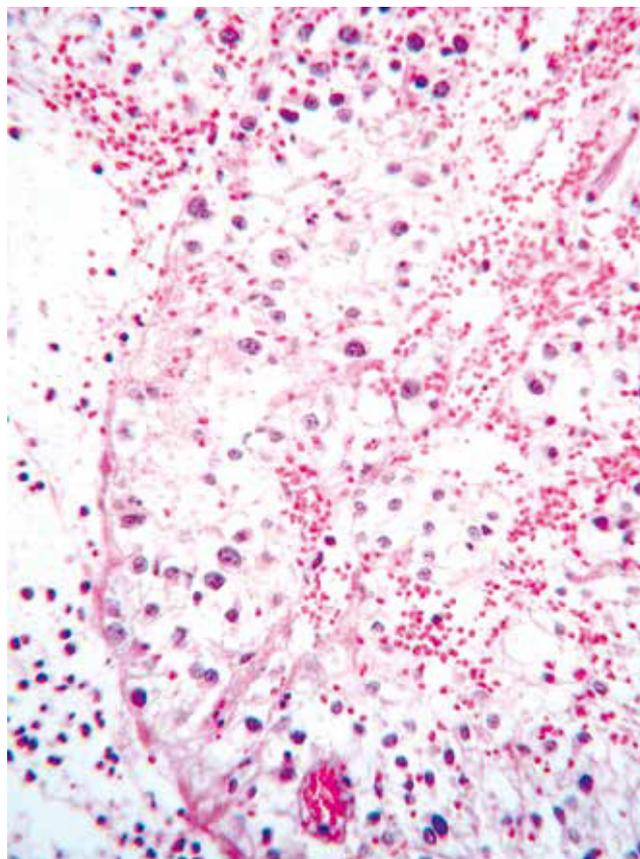


Figura 1 Foto microscópica (40X) que muestra el detalle celular del citoplasma claro, núcleos redondos, nucléolo evidente, vasos delicados rodeando la neoplasia y hemorragia focal.

Recibió tratamiento paliativo con radioterapia a la vagina y pelvis, dosis de 45 Gy/25 fx, así como bevacizumab 3 sesiones y temsirolimus una sesión, suspendiéndose por progresión documentada en hígado, retroperitoneo y pulmón, falleciendo poco tiempo después.

Discusión

En los Estados Unidos, el cáncer renal es la doceava causa de cáncer en mujeres. Un cuarto de los pacientes se diagnostican en estadios muy avanzados, incluyendo invasión local o metástasis⁷.

El CCR puede surgir sobre varias formas de presentación, incluyendo una variedad de síndromes paraneoplásicos. La tríada clásica de hematuria, dolor lumbar y masa palpable ocurre apenas en el 5%-15% de los casos, correlacionándose con enfermedad avanzada, siendo actualmente designada como "tríada tardía"⁶.

La mitad de los pacientes con CCR desarrollará recurrencia local o metástasis en su seguimiento. El cáncer de riñón recurre en cualquier momento posterior a la nefrectomía, siendo las vías de diseminación linfáticas o hematógenas.

La metástasis vaginal por carcinoma renal es extremadamente rara⁸; 71 casos fueron recogidos de la literatura médica a principios de los 90's⁹. Sin embargo, la mayoría de las lesiones de la vagina (91%) son metastásicas del cérvix,

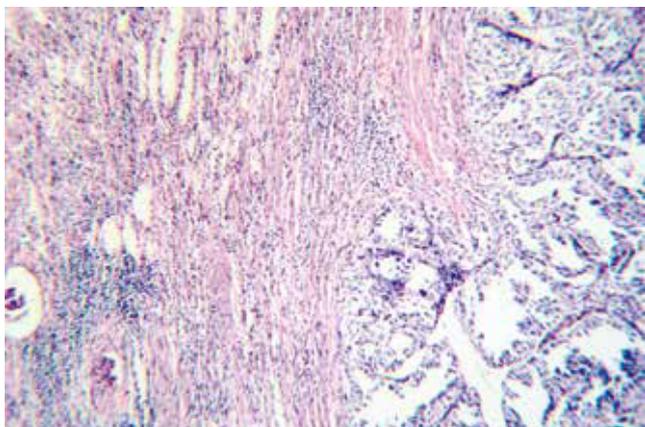


Figura 2 Foto microscópica que evidencia la presencia de un “nido” neoplásico en el estroma cervical, y en la luz de algunos linfáticos, con vasos pequeños rodeando células neoplásicas poligonales.

endometrio o colon, siendo la histología de células escamosas la más frecuente (90%), seguida por los adenocarcinomas (10%)^{6,10}.

La aparición de la lesión vaginal raramente surge posterior al diagnóstico de tumor renal. En un estudio publicado por Tarraza et al., los síntomas de presentación ocurrieron en el 65% de las pacientes con CCR con metástasis vaginales y fueron frecuentemente leucorrea, hemorragia disfuncional o efecto de masa¹¹.

Las lesiones son muy características, siendo frecuentemente solitarias, de localización en el tercio distal de la cara anterior de la vagina en proximidad con el meato urinario externo¹². A pesar de ello, en este caso la lesión se encontró en la cara posterior del tercio superior de la vagina.

La forma más probable de diseminación parece ser la venosa retrógrada¹³.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con un adenocarcinoma de células claras con primario en vagina, este secundario a la exposición *in útero* de la paciente al dietilestilbestrol, ya que en este caso el abordaje y el tratamiento serán distintos⁹. En la paciente presentada a través de sus antecedentes, la estirpe histológica de la lesión vaginal y principalmente por medio de la clínica, concluimos que se trataba de metástasis.

El tratamiento del carcinoma renal metastásico ha cambiado mucho en la última década. La nefrectomía radical cuando es posible se debe realizar junto con un tratamiento secuencial inmunológico (interferón) y/o con terapias blanco a través de medicamentos que bloqueen el receptor de tirosinasa (sunitinib) o anti-angiogénicos (bevacizumab). Con la terapia combinada se ha reportado aumento de la sobrevida de estos pacientes entre 3 y 10 meses, aunque sigue un periodo de observación⁷.

El tratamiento para las metástasis vaginales aisladas en pacientes previamente sometidas a nefrectomía radical es la escisión local y la radioterapia⁶. El tratamiento instaurado para este caso fue radioterapia como única modalidad.

La presencia de metástasis en vagina por CCR es rara, a pesar de ello, podrá ser la primera evidencia de la existencia de un tumor primario. Cuando el examen citológico vaginal revela la presencia de un adenocarcinoma de células claras, la presencia de metástasis por CCR deberá ser considerado como diagnóstico diferencial, especialmente en una mujer posmenopáusica⁶.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Referencias

1. Santos-Arrontes D, de Castro-Barbosa F, Valer López-Fando MP, et al. Carcinoma renal de células claras. Análisis de incidencia y supervivencia en un área sanitaria de 90,000 habitantes. Arch Esp Urol 2006;59(3):614-619.
2. Ortega-Meza B, de Obaldía-Castillo G, Maya-Ochoa J. Experiencia en el tratamiento y seguimiento de 118 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de células claras de riñón. Med Int Mex 2002;18(5):214-219.
3. Rodríguez J, Serrano B, Maldonado AE. Factores pronósticos en cáncer renal localizado y localmente avanzado. Actas Urol Esp 2008;3(32):320-324.
4. Valdespino-Castillo VE, Ruiz-Jaime A. Cáncer de riñón con metástasis a colon. Un sitio poco frecuente de metástasis. Cir Ciruj 2008;76:339-342.
5. Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P, et al. Sunitinib versus interferon alfa in metastatic renal-cell carcinoma. N Engl J Med 2007;356:115-124.
6. Osorio L, Sabell F, Soares J, et al. Metástasis vaginal de carcinoma de células renales. Actas Urol Esp 2008;32(6):653-655.
7. Cohen HT, McGovern FJ. Renal-cell carcinoma. N Engl J Med 2005;353:2477-2490.
8. Allard JE, McBroom JW, Zahn CM, et al. Vaginal metastases and thrombocytopenia from renal cell carcinoma. Gynecologic Oncology 2004;92(3):970-973.
9. González E, Argüelles S, Salas S y Hernández JL. Metastasis vaginales múltiples de adenocarcinoma renal. Clin Invest Gin Obst 2004;31(4):139-141.
10. Urrejola R, Carrasco AM, Heredia F. Adenocarcinoma de células claras de la vagina. Rev Chil Obstet Ginecol 2004;69(4):312-315.
11. Tarraza HM Jr, Meltzer SE, DeCain M, et al. Vaginal metastases from renal cell carcinoma : report of four cases and review of the literature. Eur J Gynaecol Oncol 1998;19(1):14-18.
12. Wright VC. Vaginal metastases of hypernephroma. Case report and summary of world literature. Canad Med Ass J 1969;100:816-820.
13. Mulcahy JJ, Furlow WL. Vaginal metastasis from renal cell carcinoma: radiographic evidence of possible route of spread. J Urol 1970;104(1):50-52.