

CASOS CLÍNICOS

Carcinoma de células renales papilar bifocal: reporte de un caso

Bifocal Papillary Renal Cell Carcinoma: A Case Report

Herrera-Lomónaco Sandra¹, Lambis-Ricardo Jorge², González-Peralta Aura³, Soto-Zarate Enrique³, Romero-Rivera Hector³

1 Médico, Especialista en Patología, Docente, Departamento de Diagnóstico, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia; 2 Médico, Estudiante de Postgrado, Urología, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia; 3 Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia.

Correspondencia: aumagope@hotmail.com

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El carcinoma papilar de células renales es el segundo tipo más común de los cánceres renales, representando el 5-15 %. Los síntomas son inespecíficos. Generalmente, son bien circunscritos, poseen necrosis y degeneración quística. Es más frecuente entre la cuarta y quinta década, con una razón hombre-mujer de 2:1. Se caracteriza por un crecimiento más lento y un mejor pronóstico que otros carcinomas de células renales.

CASO CLÍNICO: Masculino de 63 años, con dolor mesogástrico, crónico, severo, irradiado a flanco derecho. Tomografía Axial Computarizada muestra dos masas sólidas en polo superior e inferior de riñón derecho, de 3 cm, con componentes isodensos; a nivel de polo renal izquierdo se reconoce lesión quística simple de 70 mm. Resonancia magnética confirma lesiones descritas. Se realiza nefrectomía radical derecha. Estudio anatomopatológico concluye carcinoma de células renales Papilar bifocal tipo 1. El paciente finalmente presenta evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN: El carcinoma de células renales papilar posee baja incidencia. Se describen alteraciones cromosómicas como trisomía 7 y pérdidas cromosomales Y. Existen dos variantes, la Tipo 1 con mejor sobrevida, que muestra papilas cubiertas de una sola capa de células, y la Tipo 2 con pseudoestratificación e hiper cromasia nuclear. Los estudios imagenológicos no son específicos; se ha sugerido estudios angiográficos en vista de la hipovascularidad de la lesión. El tratamiento definitivo se obtiene por nefrectomía radical dada su tendencia multifocal.

Palabras claves: Riñón, carcinoma de células renales, nefrectomía, neoplasias renales.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Papillary renal cell carcinoma is the second most common type of kidney cancers, accounting for 5-15 %. The symptoms are nonspecific. Generally, they are well circumscribed, with necrosis and cystic degeneration. It is most common between the fourth and fifth decade, with a male to female sex ratio of 2: 1. It is characterized by slower growth and a better prognosis than other renal cells carcinomas.

CASE REPORT: Male of 63 years with mesogastric, chronic, severe pain radiating to the right flank. Computed Tomography shows two solid masses in the upper and lower pole of the right kidney of 3 cm, with isodense components; a level of left kidney pole a simple cystic lesion of 70 mm is recognized. Magnetic Resonance Imaging confirmed injuries described. Right radical nephrectomy was performed. Pathological study concludes bifocal papillary renal cell carcinoma type 1. The patient eventually presented satisfactory evolution.

DISCUSSION: Papillary renal cell carcinoma has low incidence. Chromosomal abnormalities such as trisomy 7 and lost chromosomal Y are described. There are two variants, the Type 1 with better survival, shows covered buds of a single layer of cells, and the Type 2 with pseudostratification and nuclear hyperchromasia. Imaging studies are not specific, so that angiographic studies have been suggested in view of the hypovascularity of the injury. The definitive treatment is obtained by radical nephrectomy because of tendency multifocal.

Keywords: Kidney, renal cell carcinoma, nephrectomy, renal neoplasms.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células renales (CCR) es el cáncer de riñón más común, representa entre 2-3 % de todos los tumores malignos del adulto. El carcinoma de células renales papilar (CCRP) es el segundo subtipo más común (10-20 %), luego del carcinoma de células claras (70-80 %)1. Esta entidad es dos veces más frecuente en los hombres durante la cuarta y quinta década de la vida2. El CCRP puede ocurrir esporádicamente o como parte de un síndrome hereditario, y puede ser multifocal en el 22,5 % de los casos 3-5. Este tumor se manifiesta con la triada clásica (6-10 %) de hematuria, el dolor abdominal y presencia de masa palpable, en estadios avanzados, y se correlaciona con un tipo histológico más agresivo. El 40 % los pacientes son asintomáticos, lo cual dificulta su detección 5. El diagnóstico temprano es inusual y la mayoría de los casos se diagnostican en estadios localmente avanzados de la enfermedad. Su diagnóstico preoperatorio es de gran importancia, ya que puede permitir planear un tratamiento para preservar parte de la función renal4.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 63 años quien consulta por dolor abdominal de 5 días de evolución, de intensidad severa, localizado en epigastrio y mesogastrio. Se realiza una endoscopia de vías digestivas altas que reporta gastritis antral crónica leve asociada a *H. pylori*, por lo que se le inicia tratamiento con antiácidos, sin mejoría. Se le realiza la Tomografía Axial Computarizada (TAC) abdominal contrastada que muestra imagen redondeada de 3 cm de diámetro localizada en polo superior, con densidad heterogénea y componentes isodensos sugerentes de lesión tumoral en riñón derecho. También se observa tumoración en polo



Figura 1. Se muestra riñón derecho de 12 x 8 x 3,5 cm con contornos deformes debido a dos tumoraciones de 2,5 y 3 cm en polos superior e inferior respectivamente.

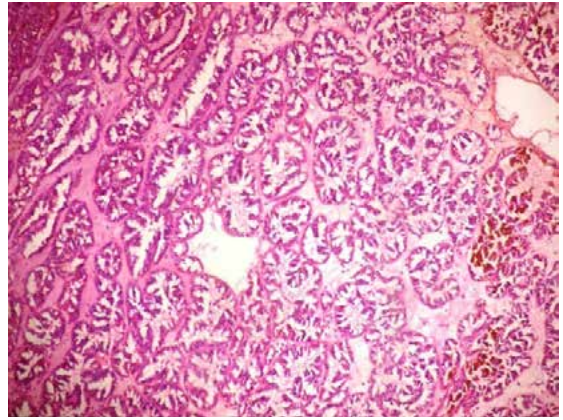


Figura 2. Imagen microscópica con Hematoxilina y eosina 10X, muestra arquitectura tubulopapilar, con escasa atipia.

inferior del mismo riñón con similares características. En el riñón izquierdo se identifica quiste simple de 70 mm de diámetro, localizado en tercio medio con extensión parapielica. Debido a los hallazgos, el paciente se somete a una Resonancia Magnética Nuclear (RMN) con gadolinio la cual reporta gran quiste renal izquierdo asintomático clasificado como Bosniak 1 (quiste benigno) y tumoración de 3 cm en riñón derecho que muestra realce heterogéneo de la masa. Se decide realizar una laparotomía media abdominal para realización de nefrectomía radical derecha. Finalmente, el estudio histopatológico reporta diagnóstico definitivo de carcinoma de células renales papilar tipo I. El paciente en su control postquirúrgico a los 3 meses presentó buena evolución y conservación de la función renal residual. Tras 2 años de seguimiento sigue asintomático, sin signos de recidiva.

DISCUSIÓN

El carcinoma de células renales papilar, es una neoplasia maligna del parénquima renal, con arquitectura tubulopapilar asociado a factores de riesgo como hipertensión arterial, insuficiencia renal, obesidad y principalmente el tabaquismo. Por lo general se presenta en forma esporádica, estimándose que solo el 4 % de los cánceres renales son hereditarios. Estos últimos se caracterizan por presentar mutaciones en el oncogén MET en 7q31 y por una predisposición a desarrollar múltiples tumores renales papilares bilaterales 1,2. El CCRP en casos esporádicos es más frecuentemente bilateral y multifocal que otros tipos de carcinoma de células renales 2,5. En nuestro caso, el paciente padece la forma esporádica. En la mayoría de los casos, el tumor es descubierto de forma incidental. De la triada clásica, la hematuria es el signo más frecuentemente reportado por la literatura 1,5. Contrario a lo encontrado en este caso donde fue el dolor abdominal atípico y crónico el único síntoma.

El hallazgo incidental con TAC o RMN abdominal durante el estudio de otra patología ha servido para realizar un diagnóstico en estadios menores. Se describen usualmente como masas pequeñas homogéneas hipovascularizadas tanto en la TAC y la RMN, así como lesiones renales hipointensas en

T2 y ausencia de calcificaciones⁴.

Estos tumores son bien circunscritos con una cápsula fibrosa definida y delgada. El CCRP puede ser subclasificado en dos variantes morfológicas: tipo 1, compuesto de papilas cubiertas por células epiteliales pequeñas con escaso citoplasma, dispuestas en una capa simple sobre la membrana basal y los tipo 2, integrados por células con núcleos grandes y citoplasma eosinófilo. El pronóstico es mejor para el CCRP tipo I que para el CCRP tipo II, estando este último asociado con un mayor estadio, un grado superior, mayor frecuencia de necrosis y características sarcomatoides con peores resultados^{1,5}.

De acuerdo con la American Joint Committee of Cancer (AJCC) el tumor encontrado en este paciente se encuentra en estadio I, pues estaba limitado al riñón, en ausencia de metástasis o ganglios regionales positivos¹¹. Para este estadio la cirugía es el tratamiento de elección, ya sea conservadora como es el caso de la nefrectomía parcial, usada en pacientes con riñón único, o no conservadoras como la nefrectomía radical usada en tumores de gran extensión, la cual fue practicada en el presente caso. La mayoría de los cirujanos consideran la nefrectomía parcial, como un procedimiento asociado a una mayor tasa de complicaciones¹². Las complicaciones comprenden el 2 % de los casos, dentro de las cuales los sangrados son un gran porcentaje. Es preciso realizar una hemostasia cuidadosa y reparar la lesión producida durante el acto quirúrgico, así como la vigilancia y monitoreo en el postoperatorio¹³.

En cuanto a la quimioterapia citorrreductora, su uso no es recomendado ni posterior a la extirpación quirúrgica debido a que se ha descrito que estos tumores tienen alta resistencia a la quimioterapia.

REFERENCIAS

1. Courthod G, Tucci M, Di Maio M, Scagliotti GV. Papillary renal

- cell carcinoma: A review of the current therapeutic landscape. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2015.
2. Bostwick DG, Cheng L. *Urologic Surgical Pathology*. 2nd ed: Mosby/Elsevier; 2008.
3. Schrader AJ, Rauer-Bruening S, Olbert PJ, Hegele A, Rustemeier J, Timmesfeld N, et al. Incidence and long-term prognosis of papillary renal cell carcinoma. *Journal of cancer research and clinical oncology*. 2009;135(6):799-805.
4. Couvidat C, Eiss D, Verkarre V, Merran S, Correas J, et al. Renal papillary carcinoma: CT and MRI features. *Diagnostic and interventional imaging*. 2014;95(11):1055-63.
5. Dell'Atti L. Spontaneous rupture of the kidney affected by multifocal papillary renal cell carcinoma. *Rare tumors*. 2014;6(4):154-5.
6. Sandoval O, Santana L. Quiste renal complejo: caso difícil de diagnosticar. *Rev Cubana Cir*. 2009;48(4).
7. Mucciardi G, Galì A, D'Amico C, Muscarà G, Barresi V, Magno C. Transitional Cell Carcinoma of the Renal Pelvis With Synchronous Ipsilateral Papillary Renal Cell Carcinoma: Case Report and Review. *Urology Case Reports*. 2015;3(4):93-5.
8. Ugalde A, López JI. El espectro del carcinoma renal papilar. *Actas Urológicas Españolas*. 2008;32:799-805.
9. López J, Saiz M, Magi-Galluzzi C. Carcinomas renales con papilas. *Rev Esp Patol* 2008;41(2):99-107.
10. Alexiev BA, Drachenberg CB. Clear cell papillary renal cell carcinoma: Incidence, morphological features, immunohistochemical profile, and biologic behavior: A single institution study. *Pathology, research and practice*. 2014;210(4):234-41.
11. Paganini L, Villaronga A, Gonzalez C, Bruno G. Puesta al día: estadificación del carcinoma de células renales. *Rev argent radiol*. 2012;76(3):241-4.
12. Herr HW. Surgical Management of Renal Tumors: A Historical Perspective. *Urologic Clinics of North America*. 2008;35(4):543-9.
13. Morera LMT. *Tratado de cuidados críticos y emergencias*: Arán Ediciones, S.A.; 2001