

¿Adivinas dónde? Carcinoma renal metastásico

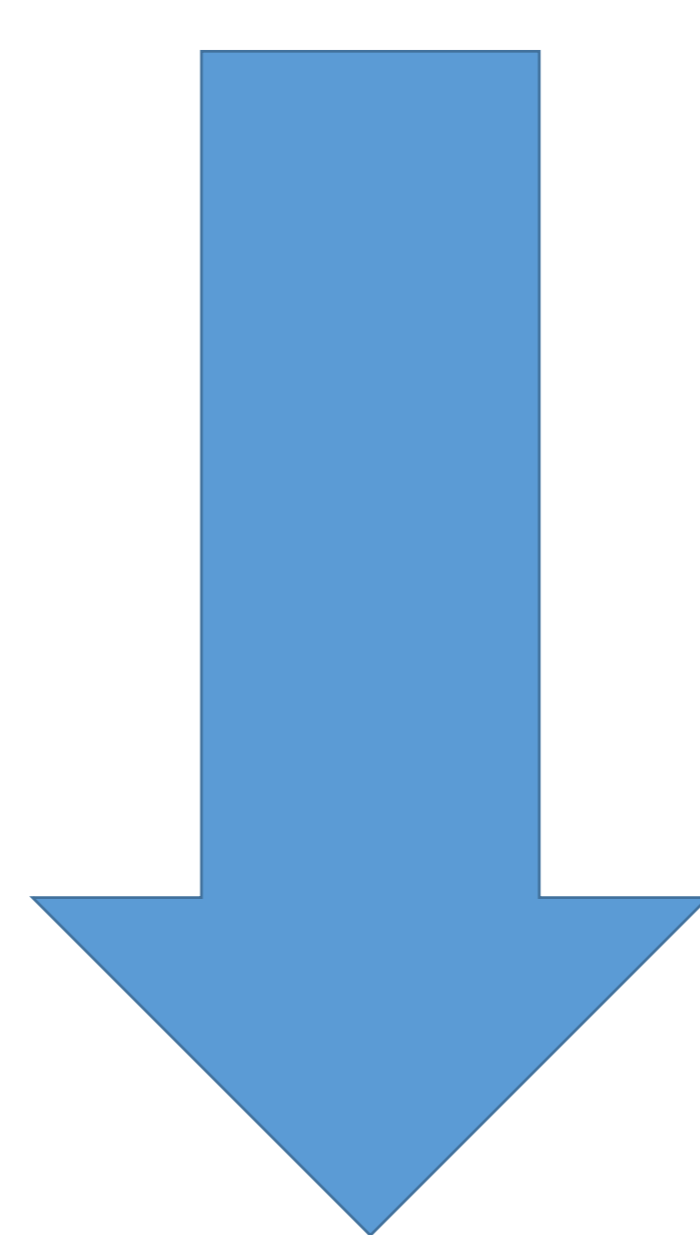
Andrea Domínguez Igual¹, Laura Peñuela Ruiz¹, Lidia
Eugenia Rojo Carmona¹, Rafael Ruiz Salas¹.

¹Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

OBJETIVO DOCENTE

En pacientes con tumoración renal conocida y presencia de otras lesiones a distancia nunca debemos descartar la posibilidad de afectación metastásica secundaria.

En otras ocasiones, menos frecuente, la lesión metastásica es la primera en presentar sintomatología y diagnosticarse, siendo difícil saber si se trata de lesión primaria o secundaria.



Ante esta disyuntiva llevaremos a cabo una revisión de casos de nuestro hospital de carcinoma renal metastásico con localización poco típica así como algunos en los que la afectación a distancia fue diagnosticada en primer lugar.

Con ello intentaremos definir el comportamiento radiológico típico de las lesiones metastásicas renales así como ciertas localizaciones que podrían reproducirse en futuros pacientes y, por tanto, facilitar el manejo de las mismas.

REVISIÓN DEL TEMA

Relevancia:

El carcinoma de células renales tiene una prevalencia del 4% en adultos, siendo el tumor renal maligno más frecuente (90% del total de las neoplasias renales).

Existen diferentes subtipos, donde destacan: el de células claras (80%), papilar (10%) y cromóforo (5%).

Presentación:

El 18% de los casos de carcinoma de células renales presentan metástasis en el momento del diagnóstico (**metástasis sincrónicas**) y más del 50% las desarrollará durante el seguimiento en algún momento tras el tratamiento (**metástasis metacrónicas**), pudiendo haber un gran espacio temporal libre de enfermedad.

El grado nuclear, tipo histológico y estadio son los factores más influyentes en la aparición de metástasis. Los órganos más típicos son el pulmón, hueso e hígado, pero van a poder aparecer en cualquier localización.

Ello es consecuencia tanto de la situación de los riñones como de las relaciones que presenta, de forma que la diseminación puede ser hematológica (lo más frecuente), linfática y/o locorregional (peritoneal, retroperitoneal, supra o infradiaphragmática).

Comportamiento radiológico:

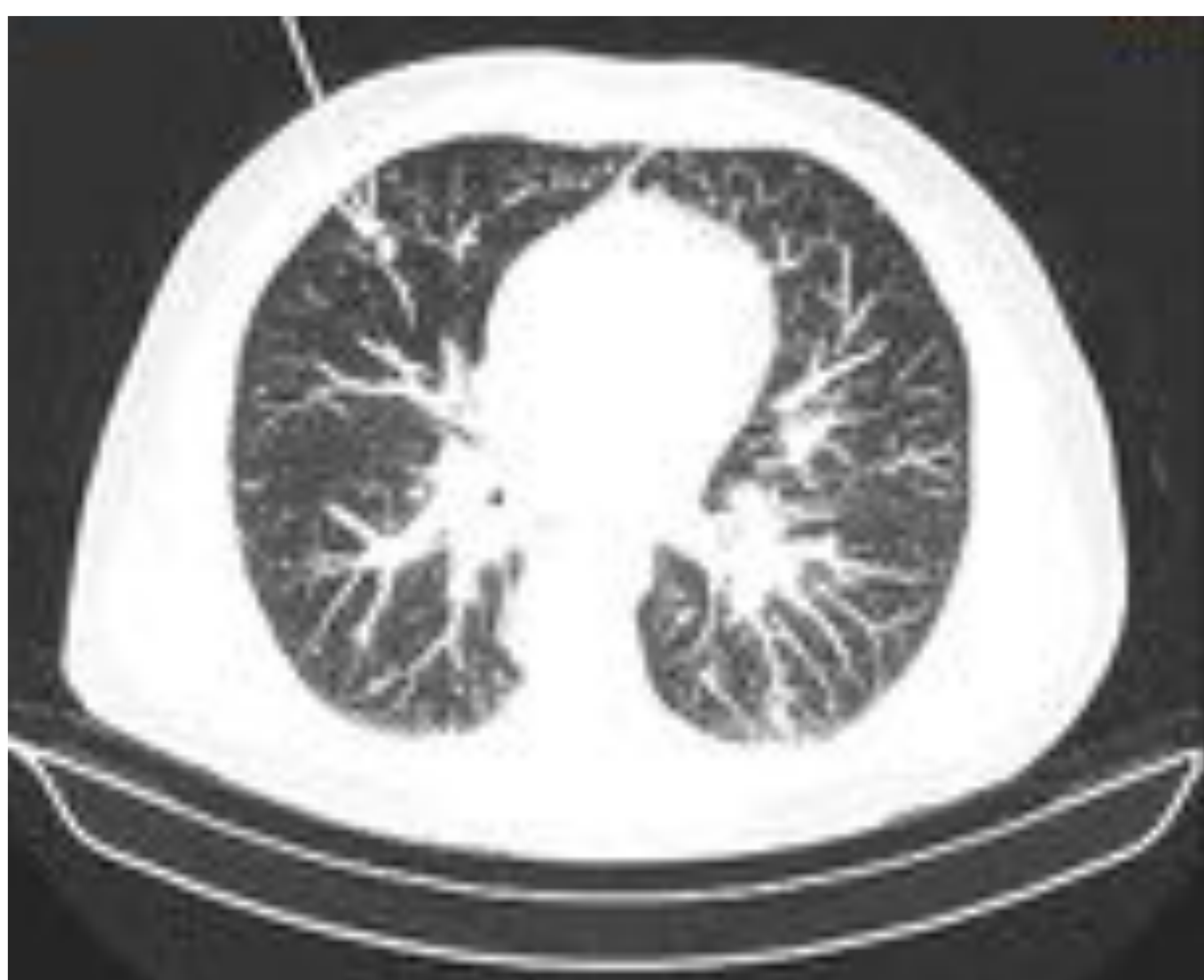
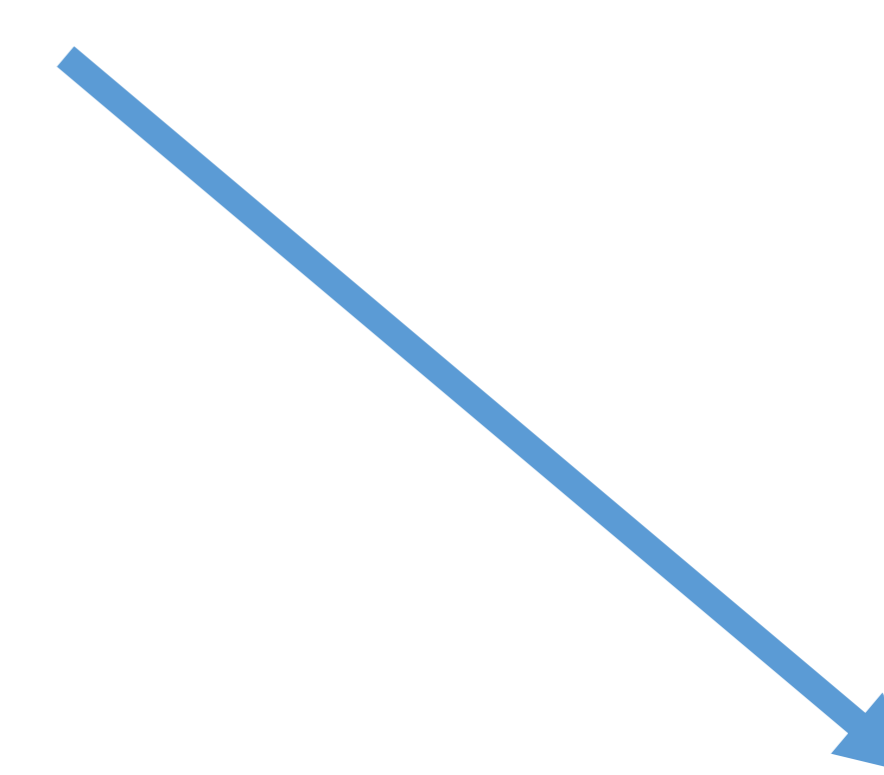
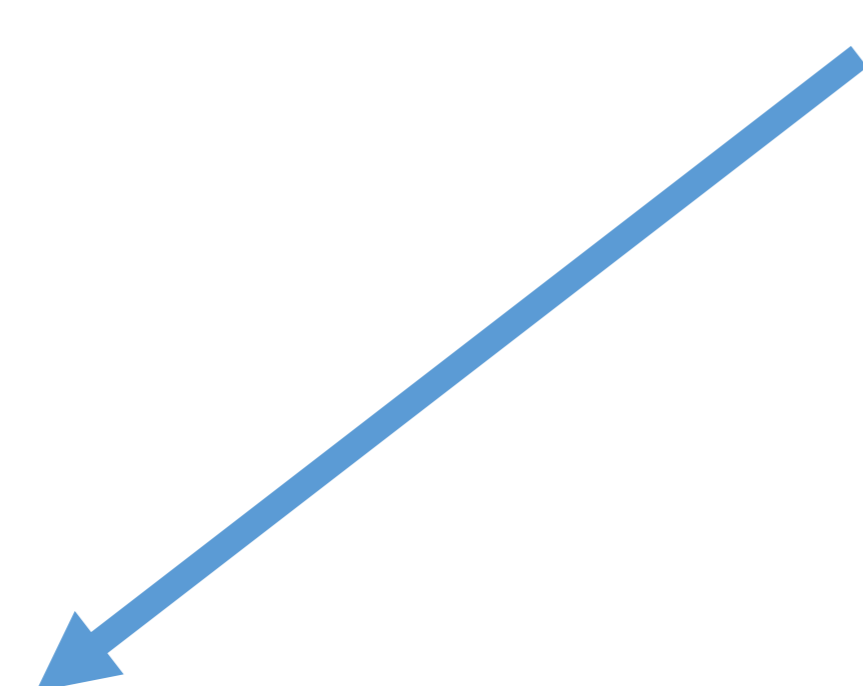
Si bien existe una gran variedad en la zona de presentación de las metástasis éstas suelen compartir una característica común: son hipervasculares y por tanto visibles fundamentalmente en fase arterial, lo cual deberemos tener en cuenta a la hora de programar el estudio. Dicho comportamiento junto con los posibles antecedentes (estaríamos ante metástasis metacrónicas) o hallazgos simultáneos (metástasis sincrónicas) nos ayudarán en la orientación diagnóstica.

En un porcentaje mucho menor las metástasis serán hipovasculares y visibles fundamentalmente en la fase nefrográfica o portal.

Revisión de casos:

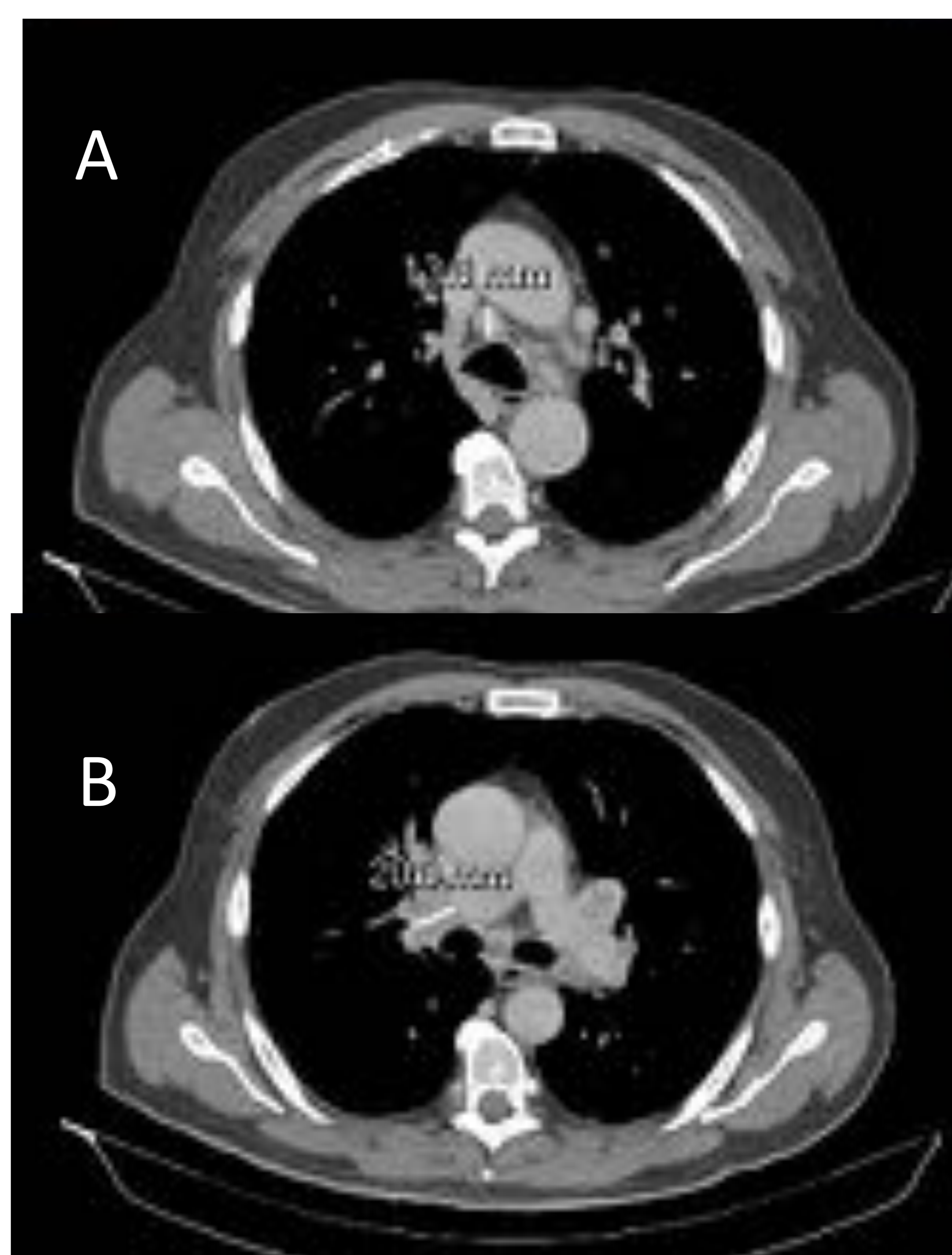


Paciente con hematuria y alteración en la función renal.
En la tomografía se identifica una gran lesión heterogénea exofítica renal derecha.
En los cortes de tórax incluidos se identificaron algunos nódulos pulmonares. Ante estos hallazgos se completa estudio con TC de tórax.



Corte axial en ventana de pulmón: múltiples nódulos pulmonares subcentimétricos, uno de los de mayor tamaño se señala con la flecha blanca.

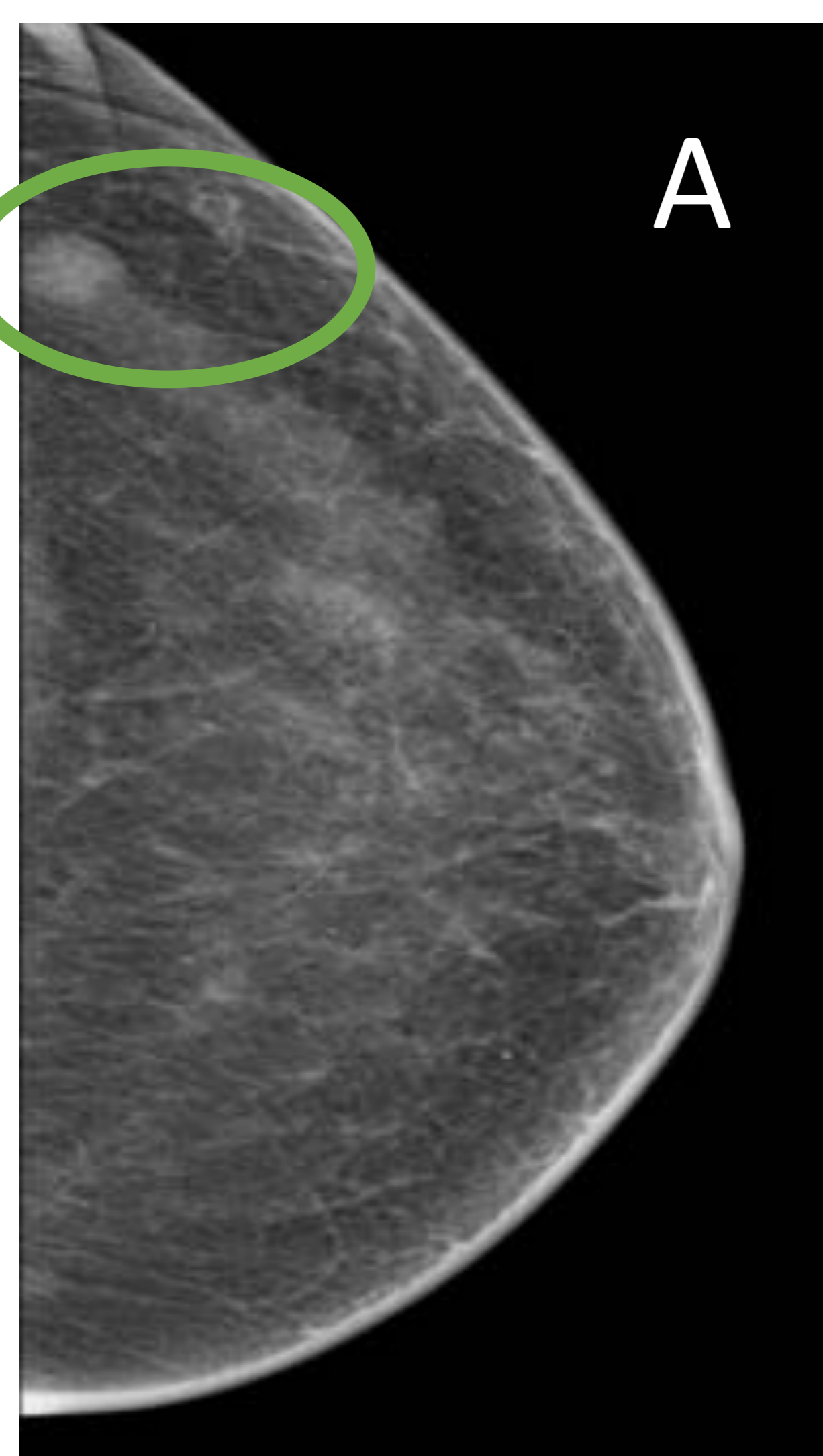
Ambos hallazgos en el contexto estaban en relación con afectación metastásica sincrónica.



Cortes axiales en ventana de mediastino: adenopatías de tamaño patológico en múltiples espacios: los de mayor tamaño en espacios 4R de 13mm (A) y 10R de 20mm (B).

Caso 2

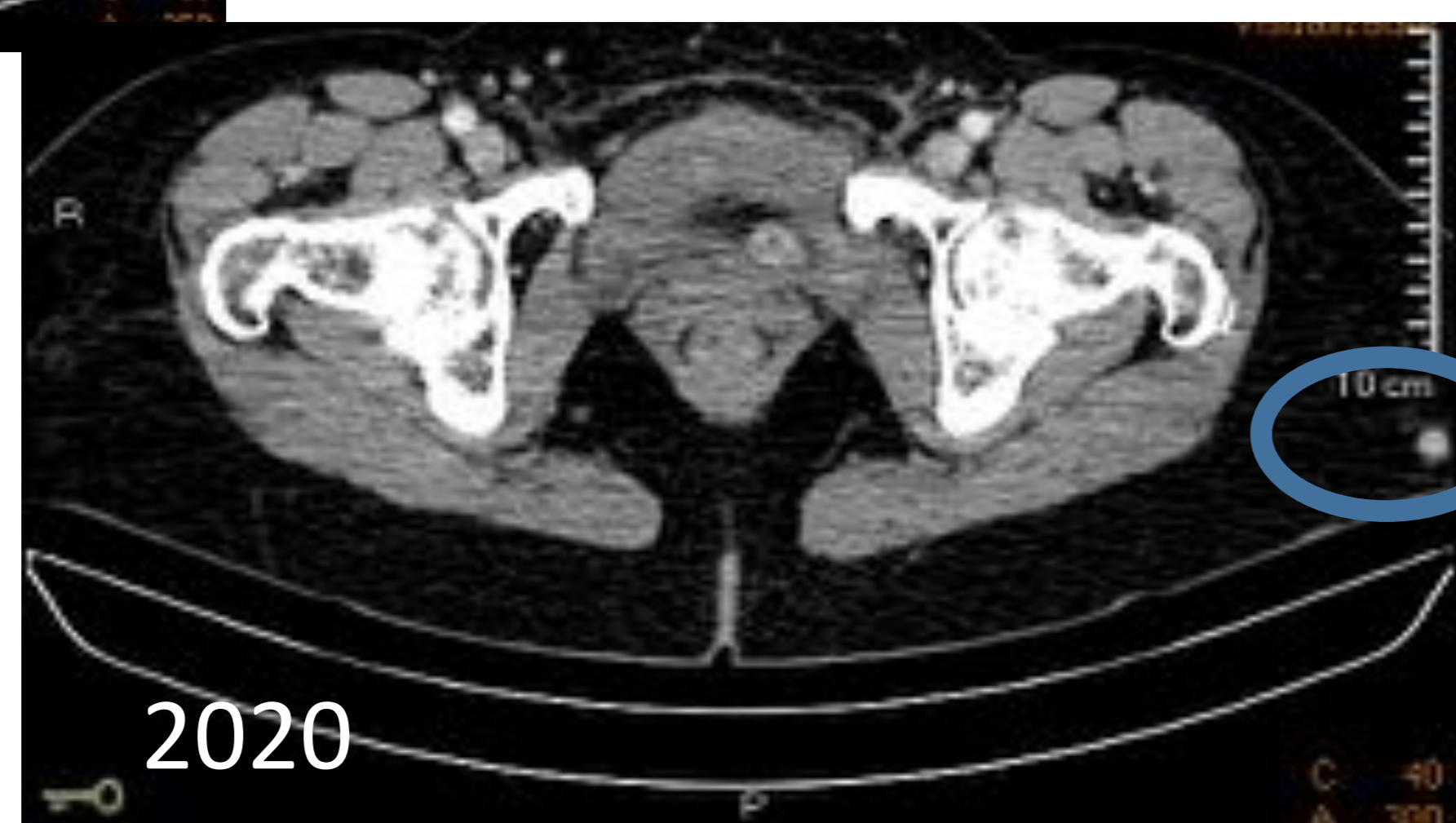
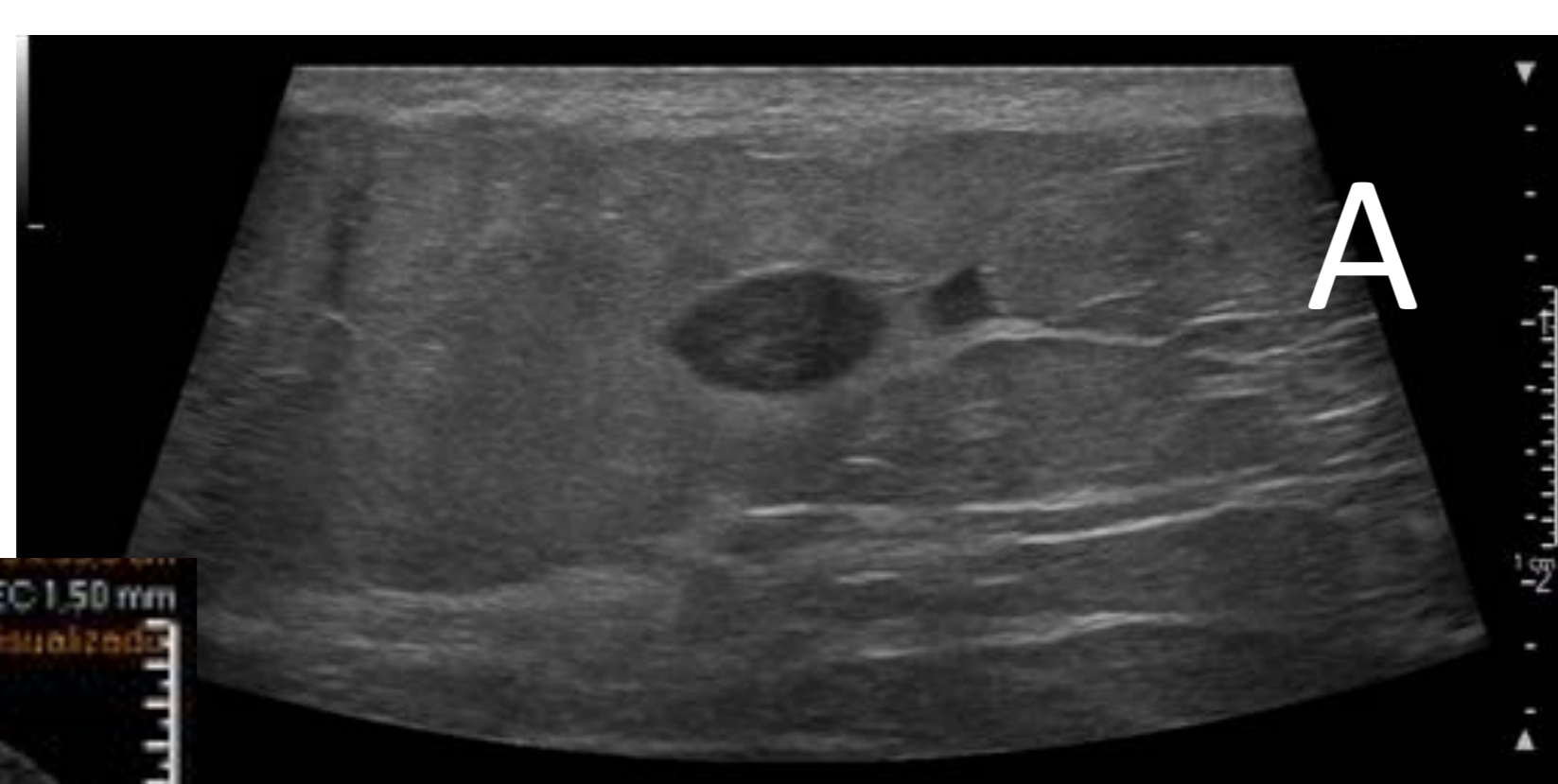
Mujer de 56 años. Carcinoma renal tratado y sin enfermedad desde hace 7 años. Autopalpación de nódulo mamario. Se realiza mamografía con los siguientes hallazgos:



Mamografía en proyección craneocaudal (A) donde se identifica un nódulo en cola axilar de la mama izquierda. Se completa estudio con ecografía.

Nódulo sólido quístico hipocogénico que corresponde a BIRADS 4. Se realiza Biopsia en el mismo acto. La AP reveló metástasis de carcinoma de células claras.

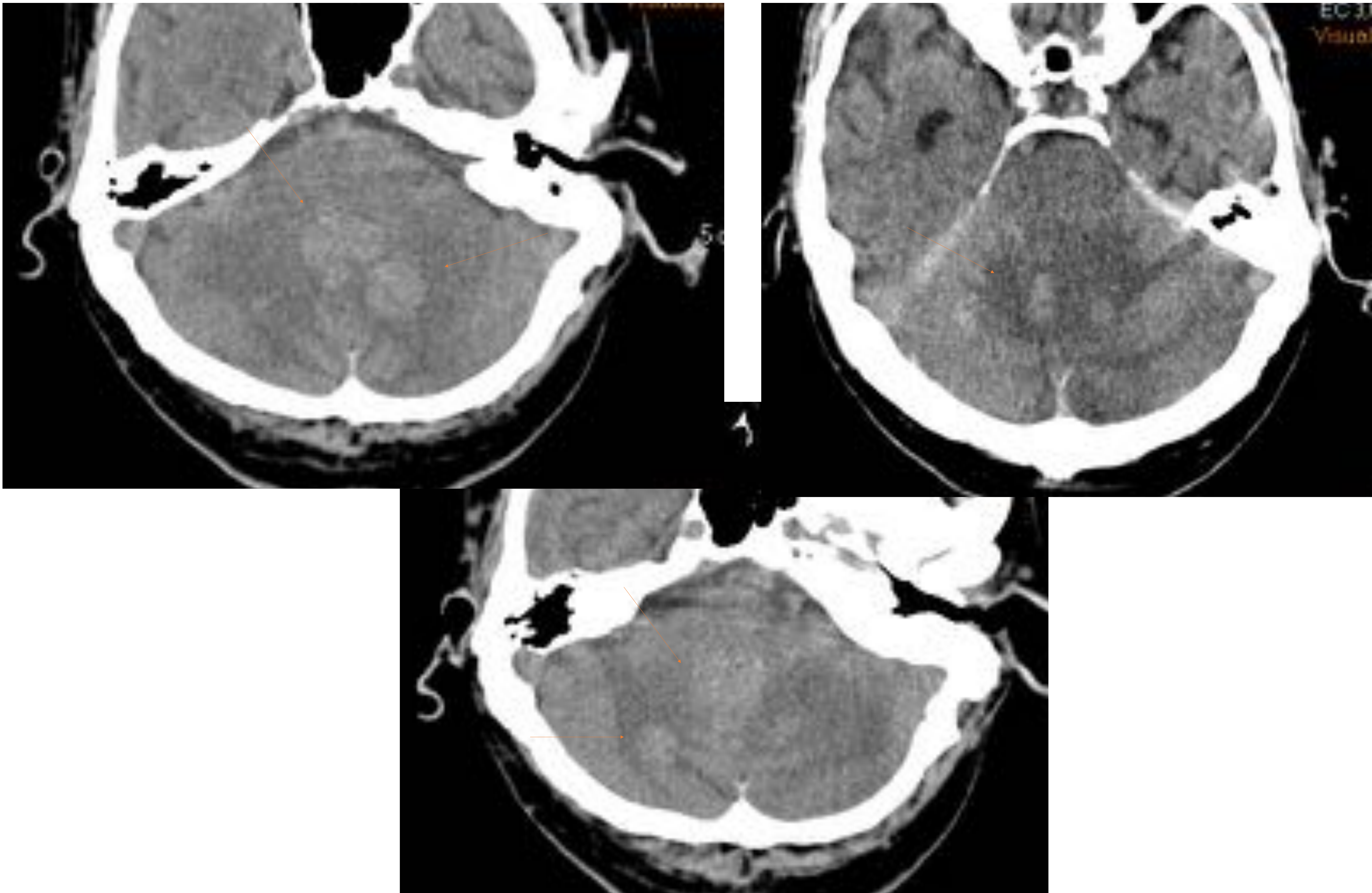
La misma paciente, 2 años más tarde se palpa lesión a nivel glúteo izquierdo. Se realiza ecografía:



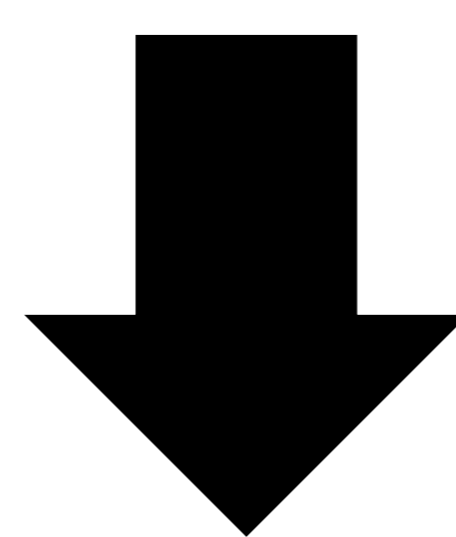
A: Nódulo sólido hipocogénico, sin captación Doppler, con pequeño nódulo satélite asociado. En la TC de 2020 se identificaba como lesión hiperdensa (círculo azul) no presenta en estudio previo de 2017. Se decide extirpación para estudio AP. Actualmente la paciente está a la espera de cirugía, sospechándose afectación igualmente metastásica.

En esta paciente se identificaron metástasis poco típicas; en la mama, y probablemente también a nivel del tejido celular subcutáneo (a la espera de cirugía). Ambas metacrónicas de carcinoma renal.

Paciente diagnosticado y tratado de carcinoma renal sin enfermedad actual ni a distancia. Cuadro de inestabilidad de semanas de evolución. Se realiza TCMD sin contraste iv con los siguientes hallazgos:



Cortes axiales de TCMD sin contraste iv. Se identifican al menos 5 lesiones en el cerebelo (flechas), hiperdensas que asocian hipodensidad perilesional en relación con edema y borramiento de las folias cerebelosas. Esto hallazgos son compatibles con afectación metastásica secundaria a su enfermedad de base.

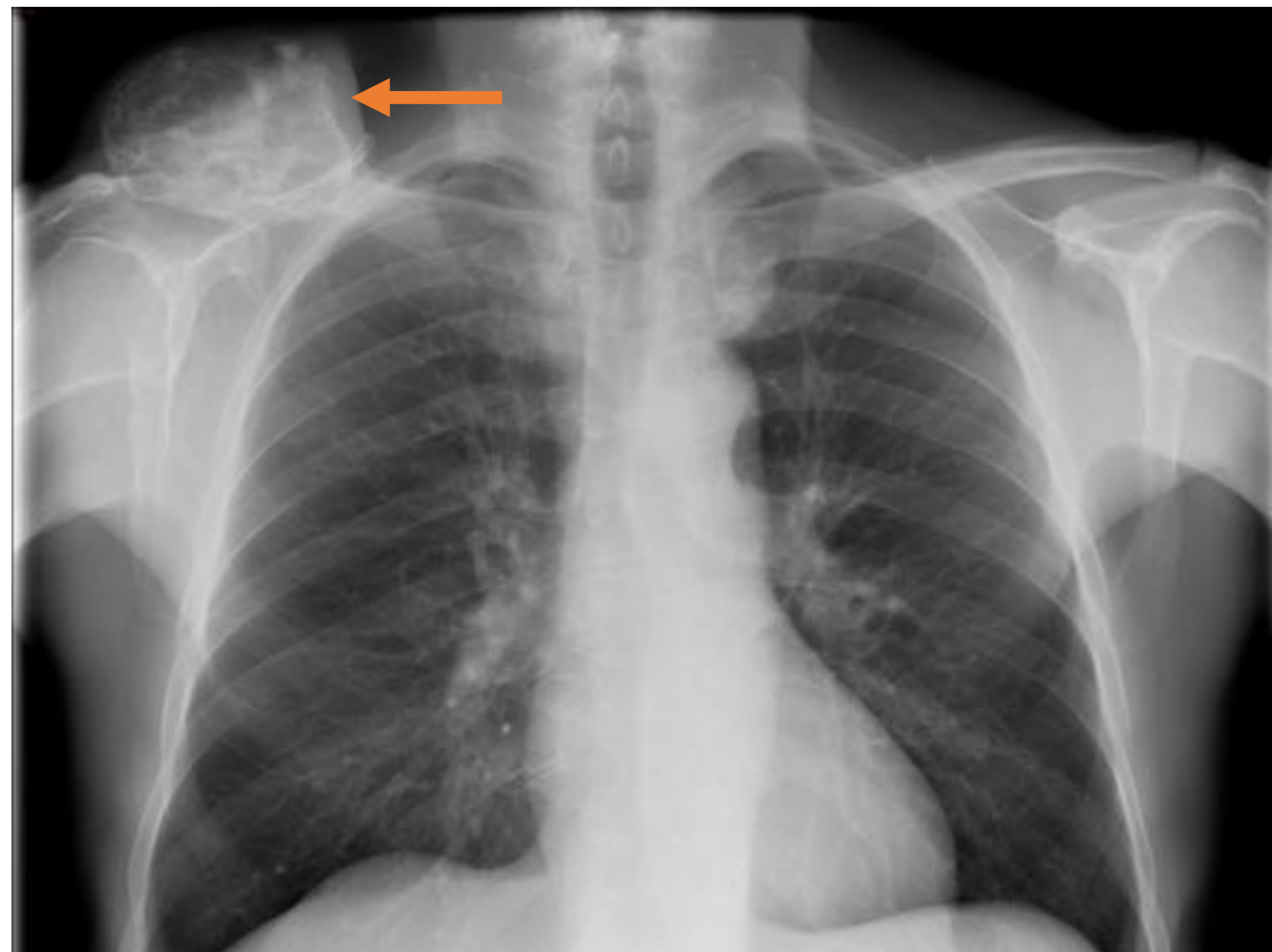


Metástasis metacrónicas cerebelosasa secundarias a carcinoma renal.

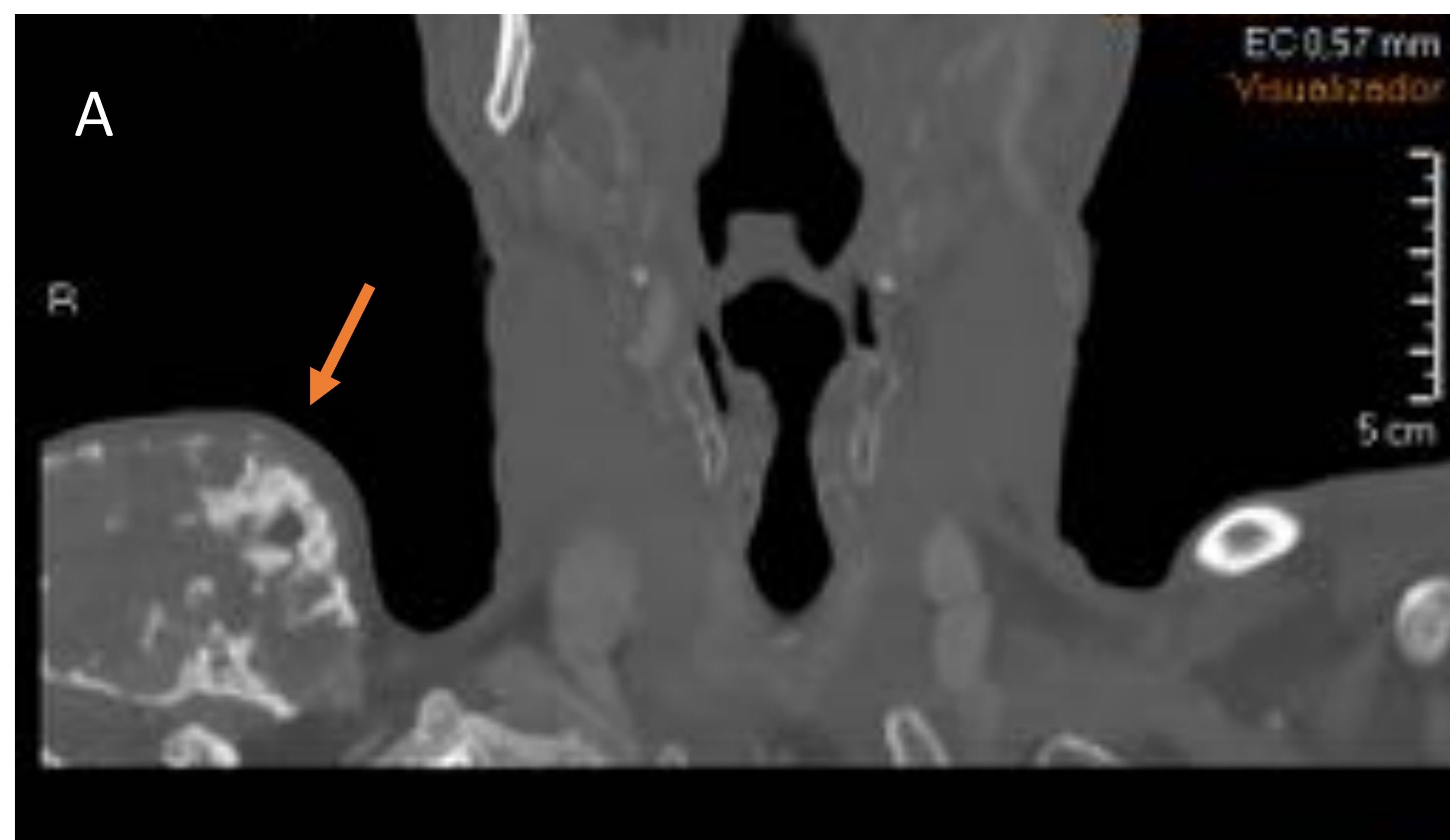
Caso
4

Paciente de 70 años con dolor en hombro derecho.

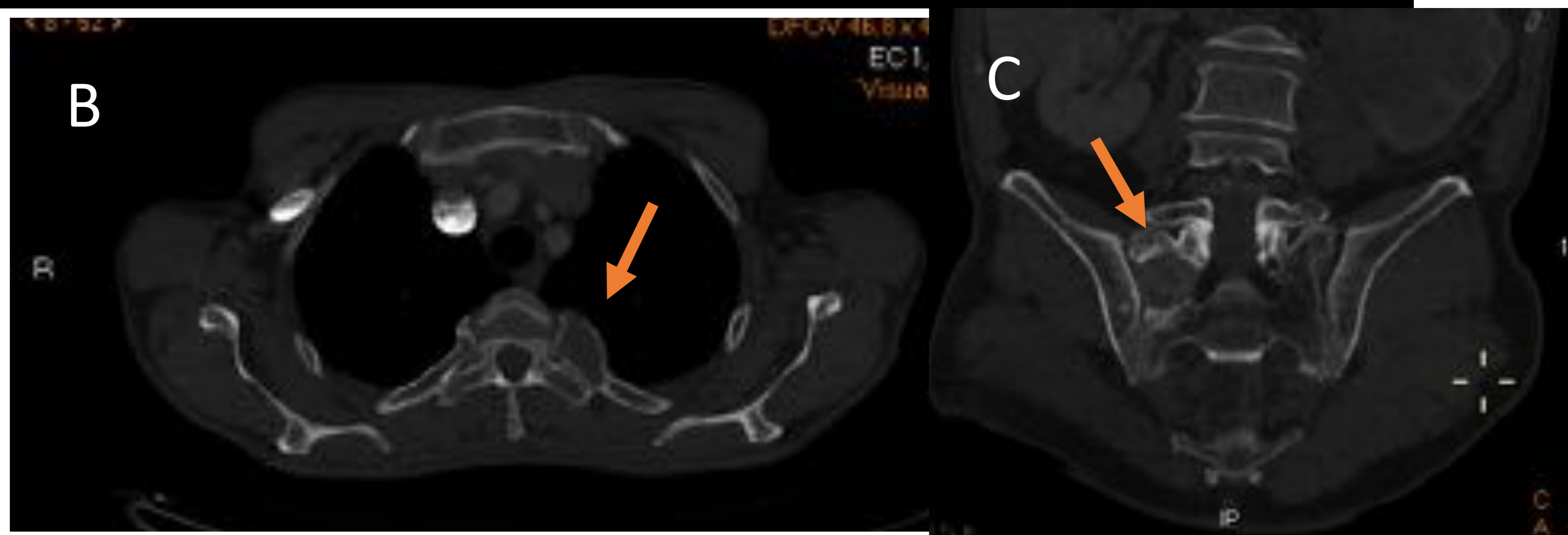
En RX PA se identifica una gran lesión insuflante exofítica a nivel clavicular derecho.



Se completa estudio con TCMD. En corte coronal se observa la correlación con de la lesión clavicular (A). Además se identificaron lesiones líticas en cuarto arco costal izquierdo (B) y sacro (C).



En estudio de extensión se identificó una gran masa renal izquierda (imagen coronal D), como posible etiología de las mismas.



Ante estos hallazgos se tomó biopsia de la lesión clavicular. La AP fue de metástasis de carcinoma renal.

Metástasis sincrónicas ósea secundarias a neoformación renal.

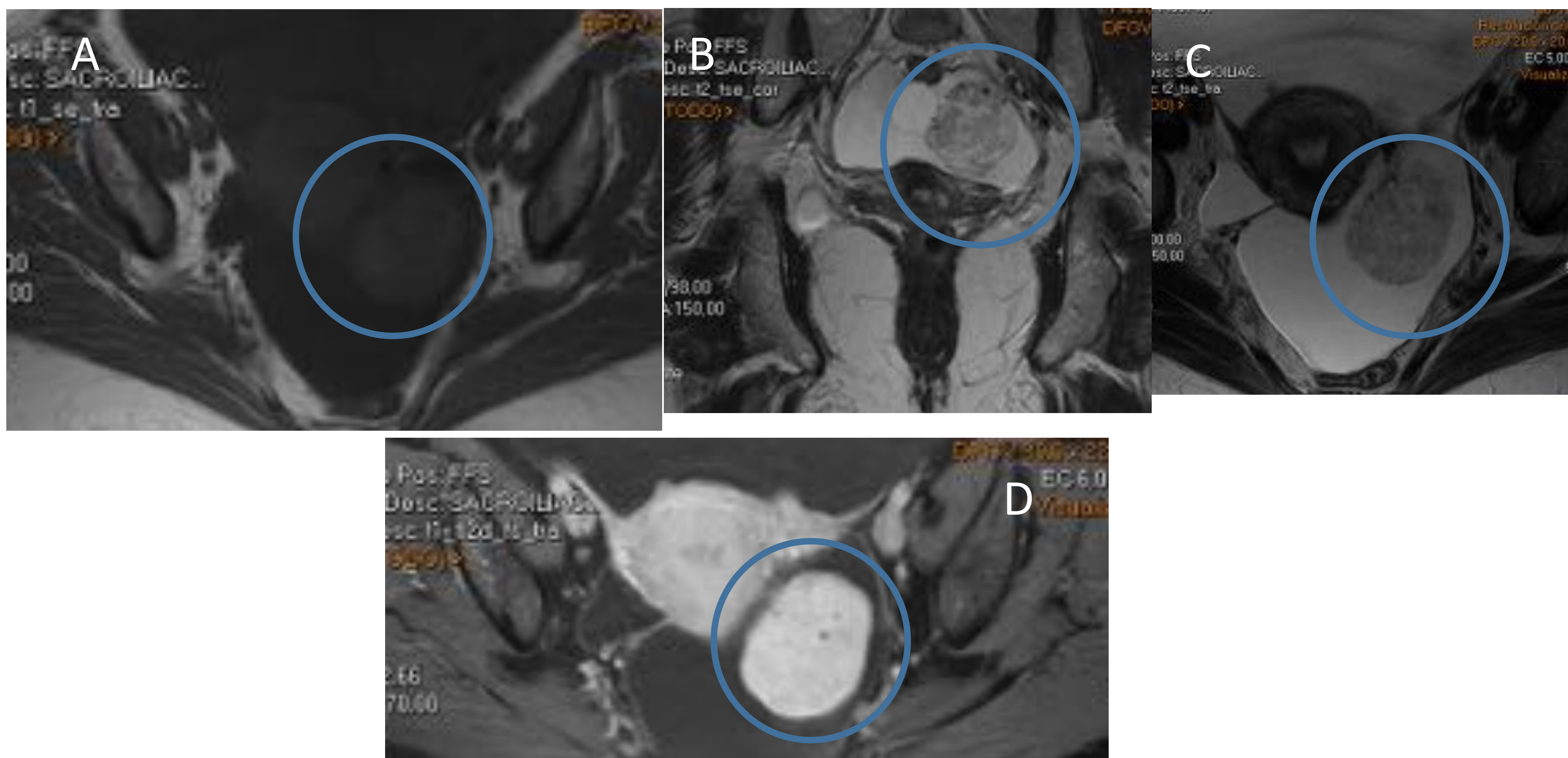
Caso 5

Paciente diagnosticada de carcinoma renal tratado y libre de enfermedad.

En TCMD de seguimiento se identifica lesión paraanexial izquierda (flecha en reconstrucción coronal A y axial B). Además se acompañaba de líquido ascítico.



Se completa estudio con RM, donde se identifica lesión hipointensa en T1 (imagen A) y heterogénea en T2 (imagen B corte coronal e imagen C corte axial). Tras la administración de contraste se observa un acentuado realce (imagen D: axial T1 con supresión grasa y administración de gadolinio).



Estos hallazgos eran sugestivos de posible afectación neoplásica primaria, sin descartar afectación metastásica. Tras la extirpación la AP reveló adenocarcinoma de células claras.

Metástasis metacrónica de ovario secundaria a carcinoma renal.

CONCLUSIONES

- En pacientes con carcinoma renal debemos estar alerta ante la posibilidad de metástasis en prácticamente cualquier localización y con presentación incluso tras muchos años libre de enfermedad.
- Su comportamiento hipervascular conllevará comportamiento hiperdenso y con gran realce de contrastes en fase arterial. Los antecedentes o hallazgos concomitantes pueden orientar a la etiología de dichas lesiones.

Bibliografía

1. D.A. Pérez Fentes, M. Blanco Parra, V. Toucedo Caamaño, J. Lema Grille, A. Cimadevila García, M. Villar Núñez. Carcinoma renal metastásico de localización atípica. Revisión de la literatura. Actas Urol Esp vol 29 n7. jul/ago 2005. ISSN 0210-4806.
2. G.Ruiz Hernández, C. Ferrer Albiach, JV. Balaguer Martínez, C. Romero de Ávila, FC Castillo Pallarés. Metástasis óseas secundarias a carcinoma renal diagnosticadas mediante gammagrafía ósea. Actas Urol Esp, volumen 25, issue 9, 2001, pages 679-682.
3. J. Miguez Gonzalez, E. Belmonte Castan, A. Thomas Martínez, I. Ormazabal Ortiz de Orruño. Diagnóstico diferencial de las lesiones renales sólidas en adultos mediante TCMD con correlación anatomopatológica. Presentación electrónica educativa SERAM 2014. <http://dx.doi.org/10.1594/seram2014/S-0315>.
4. Herranz Amo F, Verdú Tartajo F, Bielsa Carrillo A. Estudio de extensión en el adenocarcinoma renal. En Herranz Amo F, editor. Tumores de riñón. Madrid, Ediciones Doyma. 2001;123-135.
5. De Nova Sánchez E, Prieto Chaparro L, Galán Llopis JA, Lloréns Martínez F, Fernández Puentes C, Menéndez López V, et al. Enfermedad metastásica de larga evolución en el adenocarcinoma renal. Afectación suprarrenal. Arch Esp Urol 2000; 53(4): 377-382.