

RECIDIVA TARDÍA INTRATORÁCICA DE UN CARCINOMA RENAL

Dr. Mario Nicolás Albani Pérez¹ / Dra. Jenifer Peinado García² / Dr. Ignacio Lasierra Lavilla²

¹ Servicio de Neumología. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

² Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 84 años ingresada por síndrome constitucional e insuficiencia respiratoria que fue diagnosticada de metástasis pulmonares y ganglionares secundarias a una recidiva tardía de un carcinoma de células renales. Tras la nefrectomía, es raro que se presenten recidivas, sobre todo pasados los 10 años de la intervención. El tratamiento debe valorar la opción quirúrgica, y en los casos que no sea posible, se realiza tratamiento sistémico. La supervivencia está relacionada sobre todo con la resección de la neoplasia renal.

PALABRAS CLAVES

Carcinoma células renales, metástasis pulmonares, nefrectomía

ABSTRACT

We present a case of 84 years old woman admitted for constitutional syndrome and respiratory insufficiency who was diagnosed with lung and lymph node metastases secondary to late recurrence of renal cell carcinoma. After nephrectomy, recurrence is rare, especially after 10 years of the intervention. Treatment should assess the surgical option, and in cases where this is not possible, systemic treatment is performed. Survival is mainly related to resection of the renal neoplasm.

KEY WORDS

Renal cell carcinoma, neoplasm metastasis, nephrectomy

INTRODUCCIÓN

Las recidivas del carcinoma renal ocurren habitualmente transcurridos entre los 3 y 5 primeros años tras la nefrectomía y solo un 10% se producen pasados los 10 años¹. Esta situación ocurre en menor frecuencia en el sexo femenino. En el pulmón, las metástasis se presentan en torno al 50 a 60% de los casos, pero son raras tras un largo intervalo de tiempo después de una nefrectomía^{1,2}. Los casos similares publicados en la literatura son anecdóticos, presentándose, sobre todo, en forma de metástasis pulmonares localizadas, en cuya intención terapéutica se debe valorar la posibilidad de resección quirúrgica. En los casos que no sea posible la cirugía se opta por tratamiento sistémico¹.

CASO CLÍNICO

Mujer de 84 años ingresada por síndrome constitucional en estudio, imagen persistente de condensación basal derecha pese a tratamiento antibiótico e insuficiencia respiratoria aguda. Entre sus antecedentes destacaba el de carcinoma renal de células claras intervenido en 2006 (nefrectomía izquierda). En la tomografía computarizada (TC) (Fig. 1 y 2), se demostró una lesión pulmonar infiltrante heterogénea con áreas hipodensas, ausencia de aireación y colapso del lóbulo inferior derecho (LID), asociado a derrame pleural ipsilateral moderado, así como adenopatías hiliares bilaterales (de predominio derecho) y mediastínicas, que presentaban un centro hipodenso compatible con necrosis central. No se observa-

Diagnóstico por imagen

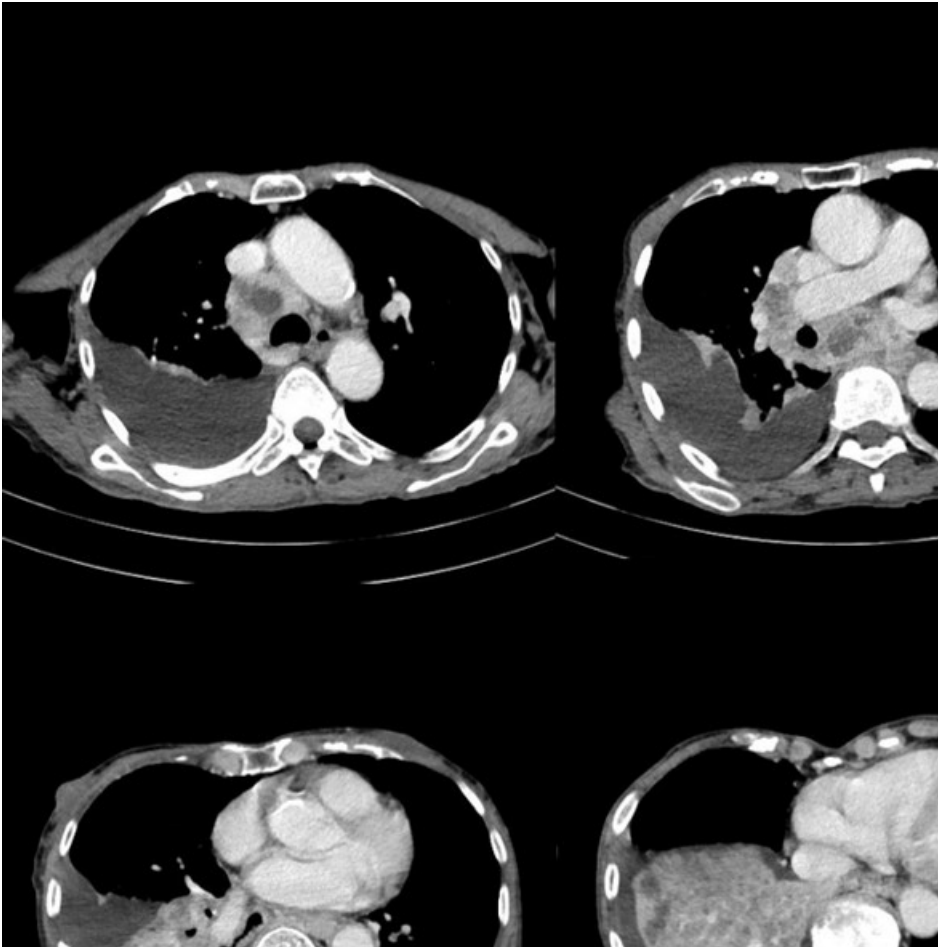


Fig. 1. TC torácico con contraste. Cortes transversales. Ventana mediastínica.



Fig. 2. TC torácico con contraste. Corte coronal.

ron otras lesiones. Las biopsias bronquiales del LID obtenidas por la fibrobroncoscopia fueron negativas. En la ecobroncoscopia, la punción de las estaciones 4R, 7 y 11R demostraron positividad para malignidad, confirmando la recidiva del carcinoma de células renales. El perfil inmunohistoquímico fue positivo para Citoqueratina AE1 AE3, citoqueratina 8/18, vimentina, CD10 y PAX 8, y con positividad focal para L-RCC. La Citoqueratina 7, P 40, TTF1, sinaptofisina, napsina y CD56 fueron todos negativos. La evolución clínica fue tórpida a pesar del tratamiento con sunitinib y se produjo el fallecimiento a los 3 meses del diagnóstico.

DISCUSIÓN

El pulmón es uno de los órganos que más frecuentemente presentan metástasis en los pacientes con carcinoma renal (CR)³. También se trata de una de las localizaciones más típicas de las recidivas de CR tratados mediante nefrectomía

Diagnóstico por imagen

radical. Estas ocurren frecuentemente en los primeros años, pero un 10% pueden aparecer pasados más de 10 años^{1,2}, como es el caso de nuestra paciente.

Se han planteado diversas teorías para explicar la ocurrencia de las recidivas tardías de esta neoplasia, entre las que destaca el deterioro de la inmunidad que permite el crecimiento de las células tumorales, así como los cambios en los niveles hormonales³. Para estratificar el riesgo de recidiva en pacientes sometidos a nefrectomía radical por carcinoma renal, se utiliza la escala de riesgo de Leibovich, desarrollada en 2003⁴.

Los principales indicadores pronósticos son la posibilidad de resección completa de la metástasis pulmonar, el número y tamaño de estas, el intervalo de tiempo libre de enfermedad y si existe afectación ganglionar^{1,2,3}. La paciente expuesta, se trata de una lesión pulmonar de gran tamaño e infiltrante de estructuras adyacentes, lo que limitaba las posibilidades terapéuticas y ensombrecía el pronóstico.

El tratamiento de elección, en los casos que sea posible, es la resección completa del tumor con intervención quirúrgica. Puede realizarse de forma mínimamente invasiva mediante

toracoscopia, una resección del segmento tumoral o una lobectomía, tras la que se produce una mayor afectación de la función pulmonar³. En el caso presentado no fue posible realizar cirugía por la extensión y la invasión local presentada por el tumor.

Cuando no es posible la resección del tumor se opta por tratamiento. Los primeros en usarse hace varios años fueron los inhibidores de la interleukina 2 y los anti-TNF alfa, los cuales se administraban a altas dosis con pobres resultados⁵. La introducción de los agentes terapéuticos dirigidos a la señalización del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), especialmente los inhibidores de la tirosina quinasa (TKI) como el Sunitinib, ha sido un gran avance en la terapia del CR en estadios avanzados, aumentando la supervivencia de forma significativa. Como tratamiento de segunda línea pueden utilizarse los inhibidores de la m-TOR, como el Everolimus⁵. Además, en los últimos años, con la aparición de la inmunoterapia, ha comenzado a usarse los antiPD-L1 (Nivolumab, por ejemplo) como otra alternativa para el tratamiento de estos tumores⁶. La paciente falleció al cabo de tres meses a pesar de que se inició tratamiento con Sunitinib.

Diagnóstico por imagen

BIBLIOGRAFÍA

1. Singh M, Aryal V, Dangol AMS, Neupane K, Gurung B, Shrestha S, Tuladhar SM, Maskey S, Dhakal HP. Lung metastasis from renal cell carcinoma 16 years after nephrectomy: A case report and review of the literature. *Clin Case Rep.* 2021 Nov 6;9(11)
2. Uchida T, Matsubara H, Sato D, Onuki Y, Nakajima H. Metastatic pulmonary nodule after a seventeen-year disease-free interval resected through thoracoscopic subsegmentectomy: A case report. *Thorac Cancer.* 2022 Feb;13(4):653-655
3. Watanabe Y, Harada A, Aoki M, Kamimura G, Wakida K, Nagata T, Yokomakura N, Kariatsumari K, Nakamura Y, Sato M. Pulmonary Metastasectomy 31 Years After Surgery for Renal Cell Carcinoma. *Ann Thorac Surg.* 2015 Jun;99(6):2195-7.
4. Leibovich BC, Blute ML, Cheville JC, et al. Prediction of progression after radical nephrectomy for patients with clear cell renal cell carcinoma: a stratification tool for prospective clinical trials. *Cancer.* 2003;97:1663-1671.
5. Makhov P, Joshi S, Ghatalia P, Kutikov A, Uzzo RG, Kolenko VM. Resistance to Systemic Therapies in Clear Cell Renal Cell Carcinoma: Mechanisms and Management Strategies. *Mol Cancer Ther.* 2018 Jul;17(7):1355-1364.
6. Au L, Hatipoglu E, Robert de Massy M, Litchfield K, Beattie G, Rowan A, Schnidrig D, Thompson R, Byrne F, Horswell S, Fotiadis N, Hazell S, Nicol D, Shepherd STC, Fendler A, Mason R, Del Rosario L, Edmonds K, Lingard K, Sarker S, Mangwende M, Carlyle E, Attig J, Joshi K, Uddin I, Becker PD, Sunderland MW, Akarca A, Puccio I, Yang WW, Lund T, Dhillon K, Vasquez MD, Ghorani E, Xu H, Spencer C, López JI, Green A, Mahadeva U, Borg E, Mitchison M, Moore DA, Proctor I, Falzon M, Pickering L, Furness AJS, Reading JL, Salgado R, Marafioti T, Jamal-Hanjani M; PEACE Consortium, Kassiotis G, Chain B, Larkin J, Swanton C, Quezada SA, Turajlic S; TRACERx Renal Consortium. Determinants of anti-PD-1 response and resistance in clear cell renal cell carcinoma. *Cancer Cell.* 2021 Nov 8;39(11):1497-1518



Seguro de
Responsabilidad
Civil Profesional

Protección

No es solo una palabra.

Es el apoyo que te da un seguro con cobertura digital, que protegerá tu reputación profesional frente a comentarios o ataques en internet.




A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

A.M.A. TERUEL
Joaquín Arnau, 2; 1º
Tel. 978 61 72 10
teruel@amaseguros.com

**LA MUTUA DE LOS
PROFESIONALES SANITARIOS**

913 43 47 00 / 978 61 72 10

Síguenos en     

y en nuestra APP 

www.amaseguros.com

 **A.M.A.**
GRUPO

 **AMA**
agrupación mutual
aseguradora

 **AmaVida**
Seguros de vida para
profesionales sanitarios

 **AMA**
Asociación Mutua de Aseguradores
Ecuador