

**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO  
"MANUEL ASCUNCE DOMENECH"  
CAMAGÜEY****Metástasis cutáneas por un adenocarcinoma renal****Cutaneous metastases due to a renal cell carcinoma**

Pedro Rosales Torres<sup>I</sup>, Rafael Pila Pérez<sup>II</sup>, Rafael Pila Peláez<sup>III</sup>, Javier Artola González<sup>IV</sup>, Pedro León Acosta<sup>IV</sup>.

**RESUMEN**

**Introducción:** el adenocarcinoma renal (hiper nefroma o tumor de Grawitz) es el tumor más frecuente en adultos; representa 90-95 % de todos los tumores renales y 2-3 % de todos los cánceres que padece el ser humano.

**Objetivo:** presentar un caso de adenocarcinoma renal con manifestaciones iniciales extrarrenales en forma de metástasis cutáneas múltiples, de interés por ser ésta una forma de presentación infrecuente de la enfermedad.

**Presentación del caso:** paciente de 70 años de edad, jubilado, sin antecedentes personales o familiares de interés; desde hace seis meses presenta lesiones en la piel de la pared anterior del tronco y fiebre de 38-39 °C. En el examen físico se observó que el paciente presentaba desnutrición, astenia, anorexia, lesiones cutáneas nodulares y eritematosas discretamente pediculadas, pulsátiles, no dolorosas a la presión, bien delimitadas y no ulceradas. El ultrasonido abdominal mostró una masa sólida en el polo superior del riñón. Se realizó exéresis de una lesión, y los resultados de los exámenes inmunohistoquímico y anatomopatológico mostraron la presencia de vimentina y citoqueratina positivas, así como la compatibilidad histológica de la lesión con metástasis de carcinoma de células renales. Se realizó nefrectomía del riñón derecho; el estudio anatomopatológico de la muestra confirmó que se trató de un carcinoma renal de células claras.

**Conclusiones:** se debe tener en cuenta que la aparición de lesiones metastásicas cutáneas como forma de presentación inicial del adenocarcinoma renal es muy poco frecuente, por lo que la presencia de estas lesiones debe ser una señal de alerta para los especialistas.

**Palabras clave:** CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES/diagnóstico, METÁSTASIS DE LA NEOPLASIA/diagnóstico, NEOPLASIAS CUTÁNEAS/secundario, INFORMES DE CASOS.

**ABSTRACT**

**Introduction:** renal adenocarcinoma (hypernephroma or Grawitz tumor) is the most frequent tumor in adults; it represents 90-95% of all kidney tumors and 2-3% of all human cancers.

**Objective:** to present a case of renal adenocarcinoma with initial extra-renal manifestations in the form of multiple cutaneous metastases, of interest because this is a rare form of presentation of the disease.

**Case presentation:** a 70 year-old patient, retired, with no personal or family history of interest; for six months he has presented lesions on the skin of the anterior wall of the trunk and fever of 38-39 °C. The physical examination revealed that the patient presented malnutrition, asthenia, anorexia, nodular and erythematous skin lesions that were discretely pediculated, pulsatile, non-painful to pressure, well delimited and non-ulcerated. The abdominal ultrasound showed a solid mass in the upper pole of the kidney. Exeresis was performed, and the results of the immunohistochemical and anatomopathological tests showed the presence of positive vimentin and cytokeratin, as well as the histological compatibility of the lesion with metastases of renal cell carcinoma. Nephrectomy of the right kidney was performed; the anatomopathological study of the sample confirmed that it was a renal clear-cell carcinoma.

**Conclusions:** it should be taken into account that the appearance of cutaneous metastatic lesions as an initial presentation of renal adenocarcinoma is very rare, so the presence of these lesions should be a warning sign for specialists.

**Keywords:** RENAL CELL CARCINOMA/diagnosis, NEOPLASM METASTASIS/diagnosis, SKIN

NEOPLASM/secondary, CASE REPORTS.

- I. Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Profesor Instructor. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, Cuba.
- II. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, Cuba.
- III. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, Cuba.
- IV. Doctor en Medicina. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, Cuba.

## INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma renal (hiper nefroma o tumor de Grawitz) –también conocido como carcinoma de células claras, carcinoma de células renales (CCR) o carcinoma alveolar– es el tumor más frecuente en adultos; representa 90-95 % de todos los tumores renales y 2-3% de todos los cánceres que padece el ser humano<sup>(1)</sup>.

Según estimados, de los casos de tumores renales diagnosticados en el año 2008 en los Estados Unidos de Norteamérica 54,39% fueron CCR y se registraron 13010 muertes por dicho tumor<sup>(1)</sup>. En los últimos años numerosos autores han señalado que la gran variedad de manifestaciones extrarrenales del CCR son, en ocasiones, su forma de presentación; prestar atención a estos signos y síntomas es la clave para evitar al paciente los exámenes innecesarios y, sobre todo, el retraso del diagnóstico<sup>(2-6)</sup>.

Debido a la importancia del tema y a los escasos reportes en la literatura médica nacional y extranjera, se presenta un caso de adenocarcinoma renal con manifestaciones iniciales extrarrenales en forma de metástasis cutáneas múltiples, de interés por ser ésta una forma de presentación infrecuente de la enfermedad.

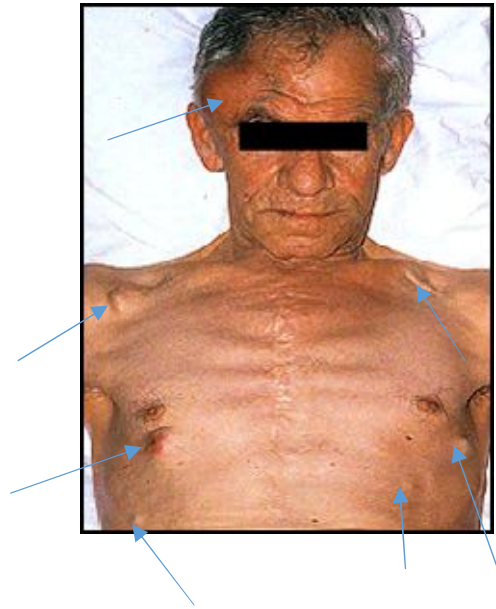
## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 70 años de edad, jubilado, sin antecedentes personales o familiares de interés; desde hace seis meses presenta lesiones en la piel de la pared anterior del tronco y fiebre de 38-39°C.

El paciente refirió que mantuvo tratamiento médico con anterioridad, pero sin mejoría de su estado de salud; en los meses siguientes presentó astenia, anorexia y pérdida de peso (8 Kg) y las lesiones aumentaron de tamaño –sobre todo durante el sexto mes, en el que también presentó fiebre de 38-39°C– razones por las que acudió a la consulta; se le indicó tratamiento antibiótico, pero su estado de salud no mejoró y se decidió su ingreso.

En el examen físico se observó que el paciente presentaba fiebre de 38 °C, desnutrición, astenia, anorexia, piel seca, palidez y lesiones cutáneas nodulares y eritematosas de 2 x 2 cm, discretamente pediculadas, pulsátiles, no dolorosas a la presión, bien delimitadas y no ulceradas; no se observaron adenopatías en las cadenas ganglionares periféricas (Figura No.1).

Figura No.1. El paciente presentó una lesión metastásica en la región de la sien derecha y múltiples nódulos en los hombros y tórax.



El resto del examen físico mostró parámetros normales: tensión arterial (TA) de 110/70 mm Hg, frecuencia cardíaca central de 112 latidos por minuto y sólo el flanco derecho se encontró doloroso a la palpación, sin contracturas o tumoraciones.

Los resultados de los estudios urológicos y el fondo de ojo fueron normales. Los exámenes complementarios de laboratorio mostraron anemia normocrómica y normocítica de 80 g/L, hematocrito (Hto) de 24%, velocidad de sedimentación globular (VSG) de 104 mm/h. Los análisis de glucemia, creatinina, enzimas hepáticas y pancreáticas, las pruebas de laboratorio para la investigación de enfermedades venéreas (VDRL, por sus siglas en inglés) y del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) resultaron normales. El conteo de Addis, de dos horas, mostró microhematuria significativa; la lactatodeshidrogenasa (LDH) se comportó a 1110 u/L y los cultivos de sangre, orina y heces fecales no mostraron alteraciones. El ecocardiograma mostró un resultado normal.

Aunque en la radiografía de tórax no se observó anormalidad alguna, el ultrasonido abdominal mostró una masa sólida (de 3x2 cm) en el polo superior del riñón, sin afectación de la grasa perirrenal, sin visceromegalias, adenopatías o ascitis; mediante tomografía axial computerizada (TAC) se confirmó la observación anterior.

Se realizó exéresis de una lesión, y los resultados de los exámenes inmunohistoquímico y anatomopatológico mostraron la presencia de vimentina y citoqueratina positivas, así como la compatibilidad histológica de la lesión con metástasis de carcinoma de células renales. Se realizó nefrectomía del riñón derecho; el estudio anatomopatológico de la muestra confirmó que se trató de un carcinoma renal de células claras (Figuras No.2 a la No.5).

Figura No.2. Macrofotografía del corte sagital del riñón del paciente. Obsérvese la gran tumoración localizada en el polo superior.



Figura No.3. Panorámica del corte histológico del riñón. Obsérvese la metástasis que ocupa toda la dermis reticular (H/E-10 x).

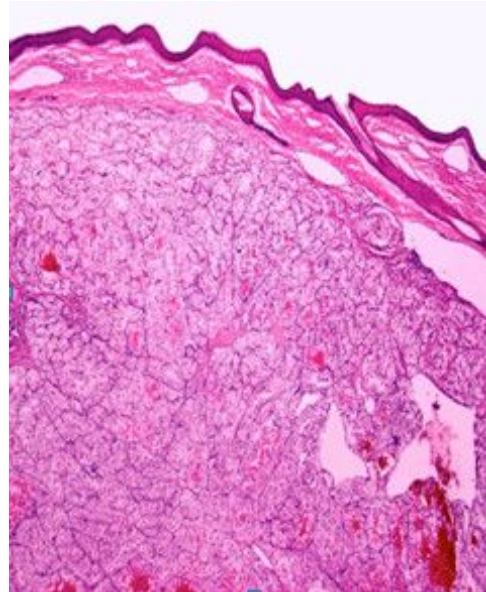


Figura No.4. Corte histológico anterior de un campo de la metástasis (a mayor aumento). Obsérvese el patrón acinar clásico, con células de citoplasma claro grado I (H/E-20 x).

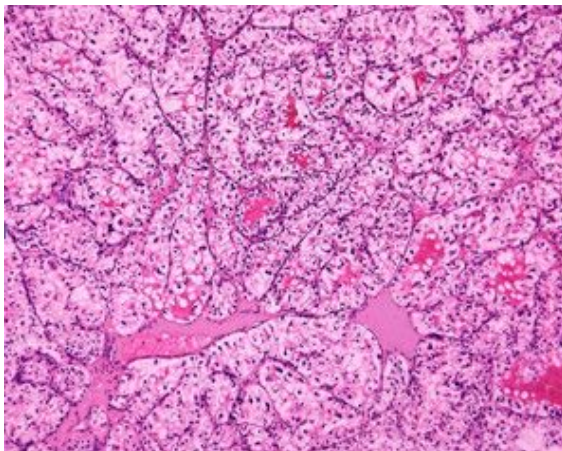
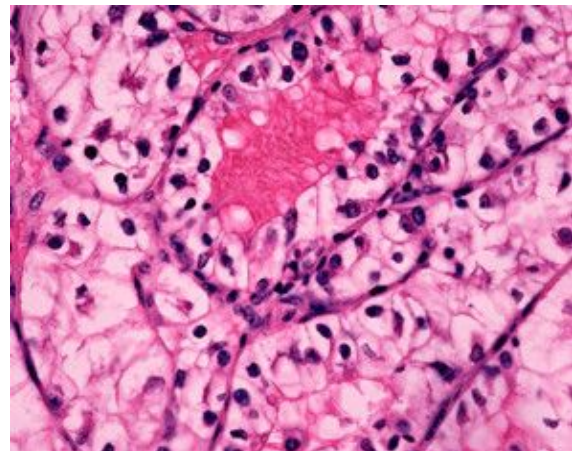


Figura No.5. Microfotografía a gran aumento de un campo de la metástasis. Obsérvese la elevada celularidad dentro del patrón acinar con ligera transición a grado II. (H/E-40 x).



El paciente fue trasladado al Hospital Oncológico de Camagüey, para recibir quimioterapia y radioterapia; a los siete meses falleció.

## DISCUSIÓN

Como adenocarcinoma renal se identifica un grupo heterogéneo de tumores del riñón que se originan del epitelio de los túbulos contorneados proximales y distales. Aunque puede presentarse a cualquier edad, la mayoría de los casos de CCR son pacientes en la sexta década de vida y de sexo masculino<sup>(1)</sup>.

El comportamiento, biología y evolución de estos tumores son, por lo general, impredecibles y atípicos; su desarrollo y evolución transcurren sin que los pacientes manifiesten síntomas y signos y sólo se detectan, ocasionalmente, en estudios radiológicos<sup>(2)</sup>. Las metástasis suelen aparecer con anterioridad a la manifestación de signos y síntomas locales, de ahí que alrededor de un tercio de los pacientes afectados presenten metástasis cuando son diagnosticados<sup>(3,4)</sup>.

Por lo común, los pacientes con CCR atendidos en los servicios de Medicina Interna manifiestan gran variedad de signos y síntomas; no obstante, se reconocen como signos clásicos hematuria, dolor en un flanco y presencia de masa palpable (aunque esta última sólo se detecta en 10% de los casos)<sup>(5)</sup>. En la mayoría de los pacientes el CCR se diagnostica durante exámenes por otras dolencias o por la aparición de lesiones metastásicas.

Según Mueller y cols.<sup>(6)</sup> la aparición de metástasis cutáneas a partir de un tumor visceral primario es poco frecuente en casos de enfermedad avanzada, sobre todo en aquellos pacientes con neoplasias urológicas (las que, de hecho, son muy poco conocidas por los urólogos). A este respecto, precisan que de 81618 pacientes con tumores sólidos de vísceras sólidas encontraron metástasis cutáneas en 2369, para una incidencia de 2,9%. Por otra parte, en particular entre los pacientes con neoplasias urológicas (riñones, vejiga, próstata y testículos) la incidencia de metástasis cutáneas en general es muy baja (1-1,3%) y, de acuerdo al órgano afectado varía: riñones (3,4%), vejiga (0,84%), próstata (0,36%) y testículos (0,4%).

En el estudio llevado a cabo en Grecia por Kouroupakis y cols.<sup>(3)</sup> en 132 pacientes con CCR se reportaron nueve casos con metástasis cutáneas, que fallecieron rápidamente; en seis de ellos las metástasis aparecieron con anterioridad al diagnóstico de los tumores primarios. Por su parte, Koga y cols.<sup>(4)</sup> en Japón analizaron 75 pacientes con CCR y sólo encontraron seis con lesiones cutáneas (uno antes del diagnóstico de la neoplasia y el resto después de diagnosticados y con metástasis también en otros órganos); según sus criterios, el pronóstico de estos pacientes es malo.

De los pacientes con adenocarcinomas renales, 10-45% presentan metástasis a distancia del tumor primario en el momento del diagnóstico y 40% tienen largo tiempo de evolución<sup>(7)</sup>; las metástasis más comunes de estos tumores afectan los pulmones, los huesos y el riñón contralateral<sup>(7)</sup>, en la piel pueden aparecer en 2,8-6,8% de los casos<sup>(3,7,8)</sup>. De cualquier modo, las metástasis cutáneas de tumores urológicos primarios son menos frecuentes que las de otras neoplasias, aún cuando los CCR representan la tercera causa de ellas después de los tumores de mama y pulmón<sup>(7,8)</sup>.

Las metástasis de los CCR por lo general se localizan como lesiones únicas, de tamaño variable entre unos milímetros a unos centímetros de diámetro, en forma de nódulos subcutáneos bien delimitados o placas infiltrantes rosadas o rojas, de crecimiento rápido, indoloras y sin tendencia a ulcerarse<sup>(2,9)</sup>, como se observó en el paciente. Algunos autores mencionan la aparición de lesiones subagudas en la cara, el cuero cabelludo o la región abdominal, en tanto que su número puede variar desde una sola lesión a varias diseminadas, y por su aspecto suelen ser vasculares, más o menos pulsátiles y pediculadas<sup>(2-5)</sup>, tal como las que presentó el paciente.

En los pacientes con CCR las metástasis cutáneas aparecen por lo general en estadios avanzados de la enfermedad, en algunos casos incluso años después de realizada la nefrectomía, lo que no obsta para que, en ocasiones, se reporten casos en los que aparecen con anterioridad al diagnóstico del tumor renal<sup>(3,4)</sup>. La supervivencia de los pacientes con metástasis cutáneas producto de adenocarcinomas renales es bastante corta (hasta seis meses en la mayoría)<sup>(6)</sup>.

En los casos con lesiones metastásicas solitarias, es posible su exéresis quirúrgica, pero cuando las lesiones están diseminadas se indica la nefrectomía para extraer el tumor<sup>(7)</sup>; por esta razón, al paciente se le realizó nefrectomía del riñón derecho.

En cuanto al diagnóstico exacto de la neoplasia a partir de las lesiones cutáneas, son fundamentales los estudios histopatológicos e inmunohistoquímicos, porque evidencian la positividad de los marcadores epiteliales como la creatinina, la vimentina y el antígeno epitelial de membrana (EMA, por sus siglas en inglés) y permiten conocer con exactitud la naturaleza de las lesiones<sup>(8)</sup>, como ocurrió en este caso.

## CONCLUSIONES

Se debe tener en cuenta que la aparición de lesiones metastásicas cutáneas como forma de presentación inicial del adenocarcinoma renal es muy poco frecuente, por lo que la presencia de estas lesiones debe ser una señal de alerta para los especialistas.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Anglada Curado FJ, Campos Hernández P, Prieto Castro R, Carazo Carazo JL, Regueiro López JC, Vela Jiménez F, et al. Nuevos patrones epidemiológicos y factores de riesgo en cáncer renal. *Actas Urol Esp* [Internet]. May 2009 [citado 3 Nov 2015];33(5):459-67. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Juan\\_Regueiro\\_Lopez/publication/26720425\\_New\\_epidemiologic\\_patterns\\_and\\_risk\\_factors\\_in\\_renal\\_cancer/links/00b7d5274d982c5021000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Juan_Regueiro_Lopez/publication/26720425_New_epidemiologic_patterns_and_risk_factors_in_renal_cancer/links/00b7d5274d982c5021000000.pdf)
2. García Torrelles M, Beltrán Armada JR, Verges Prosper A, Santolaya García JI, Espinosa Ruiz J, Tarín Planes M, et al. Metástasis cutánea de carcinoma de células renales. *Actas Urol Esp* [Internet]. May 2007 [citado 3 Nov 2015];31(5):556-8. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ae/v31n5/v31n5a18.pdf>
3. Kouroupakis D, Patsea E, Sofras F, Apostolikas N. Renal cell carcinoma metastases to the skin: a not so rare case?. *Br J Urol*. May 1995;75(5):583-5.
4. Koga S, Tsuda S, Nishikido M, Matsuya F, Saito Y, Kanetake H. Renal cell carcinoma metastatic to the skin. *Anticancer Res*. Jun 2000;20(3B):1939-40.
5. Bujons A, Pascual X, Martínez R, Rodríguez O, Palou J, Villavicencio H. Cutaneous metastases in renal cell carcinoma. *Urol Int*. 2008;80(1):111-2.
6. Mueller TJ, Wu H, Greenberg RE, Hudes G, Topham N, Lessin SR, Uzzo RG. Cutaneous metastases from genitourinary malignancies. *Urology*. Jun 2004;63(6):1021-6.
7. Andonian S, Janetschek G, Lee BR. Laparoscopic partial nephrectomy: an update on contemporary issues. *Urol Clin North Am*. Ago 2008;35:385-96.
8. López JI, Ugalde A, Zhou M. Carcinomas renales con células claras. *Rev Esp Patol* [Internet]. 2008 [citado 3 Nov 2015];41(3):169-82. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_I\\_Lopez/publication/257685755\\_Carcinomas\\_renales\\_con\\_celulas\\_claras/links/0a85e53149d6a5d96e000000/Carcinomas-renales-con-celulas-claras.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jose_I_Lopez/publication/257685755_Carcinomas_renales_con_celulas_claras/links/0a85e53149d6a5d96e000000/Carcinomas-renales-con-celulas-claras.pdf)
9. Hu SC, Chen GS, Wu CS, Chai CY, Chen WT, Lan CC. Rates of cutaneous metastases from different internal malignancies: experience from a Taiwanese Medical Center. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. Mar 2009 [citado 3 Nov 2015];60(3):379-87. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S019096220801236X.pdf?locale=es\\_ES](https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S019096220801236X.pdf?locale=es_ES)

**Recibido:** 4 de mayo de 2016

**Aprobado:** 14 de julio de 2016

Dr. Pedro Rosales Torres  
Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech"  
Carretera Central (Oeste), Km 4½. Camagüey, Cuba. CP.70100  
Correo electrónico: [rtpedro@finlay.cmw.sld.cu](mailto:rtpedro@finlay.cmw.sld.cu)