

## Notas clínicas

# Recidiva metastásica en pared abdominal en carcinoma de células renales.

*Metastatic recidives in abdominal wall in renal cell carcinoma.*

M. Pérez-Reyes, C. Rodríguez-Silva, A. Cabello-Burgos, J. Santoyo-Santoyo

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

## RESUMEN

El cáncer de células renales es responsable de un 2-3% de todos los tumores malignos en el adulto. El carcinoma renal es la lesión sólida más frecuente en el riñón y representa aproximadamente un 90% de todos los tumores renales malignos. Aproximadamente del 25% al 30% de los pacientes se presentan como enfermedad diseminada en el momento del diagnóstico. La localización más frecuente de las metástasis es en los pulmones. Presentamos un paciente intervenido en 2011 de nefrectomía radical derecha laparoscópica por cáncer de células renales estadio II con grado de Furhmann 2-3. Se deriva a consulta de Cirugía por hallazgo incidental siete años después en TAC abdominal de control, de una lesión compatible con tumor desmoide de 3 cm en recto abdominal derecho, localizado en la zona de la cicatriz previa. Se interviene de forma programada, realizándose exéresis de dicha lesión, con resultado de anatomía patológica de metástasis de carcinoma de células renales.

El postoperatorio evolucionó sin incidencias. El diagnóstico suele aparecer como hallazgo incidental durante el seguimiento del cáncer renal por ello es importante contemplar la posibilidad de localización atípica ya que podrá influir en un diagnóstico y tratamiento precoz y con ello modificar el curso evolutivo de la enfermedad. El manejo debe ser individualizado.

**Palabras clave:** carcinoma células renales, metástasis, pared abdominal.

## ABSTRACT

Renal cell cancer is part of 2-3% of all malignant tumors in adults. Renal carcinoma is the most common solid lesion in the kidney. Approximately 25% to 30% of patients present as disseminated disease at the time of diagnosis. The most frequent location of metastases is in the lungs. We present a patient undergoing surgery laparoscopic right radical nephrectomy with a stage II renal cell cancer. The patient was referred for an incidental finding in the abdominal CT scan of a lesion compatible with a desmoid tumor in the rectus abdominal, seven years later. We performed an exeresis of this lesion, whose pathological anatomy was metastasis of renal cell

### CORRESPONDENCIA

María Pérez Reyes  
Hospital Regional Universitario de Málaga  
29010 Málaga  
[maria.perezreyes1991@gmail.com](mailto:maria.perezreyes1991@gmail.com)

XREF

### CITA ESTE TRABAJO

Pérez Reyes M, Rodríguez Silva C, Cabello Burgos A, Santoyo Santoyo J. Recidiva metastásica en pared abdominal en carcinoma de células renales. Cir Andal. 2019;30(4):526-29.

carcinoma. The postoperative period was good. The diagnosis usually appears as an incidental finding during the follow-up, for this reason it is important to consider the possibility of atypical localization since it will influence in a diagnosis and early treatment. The treatment must be individualized.

**Keywords:** a renal cell carcinom, metastasis, abdominal wall.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de células renales es responsable de un 2-3% de todos los tumores malignos en el adulto, su incidencia máxima es mayor en los países occidentales<sup>1</sup>.

El carcinoma renal es la lesión sólida más frecuente en el riñón y representa aproximadamente un 90% de todos los tumores renales malignos<sup>1</sup>. Aproximadamente del 25% al 30% de los pacientes se presentan como enfermedad diseminada en el momento del diagnóstico y un tercio de los restantes desarrollan metástasis durante el seguimiento<sup>2</sup>. La localización más frecuente de las metástasis es pulmonar<sup>3-5</sup>. Las metástasis cutáneas del cáncer renal representan un 6-6,8% del total de metástasis cutáneas, siendo el adenocarcinoma renal el más prevalente con un 3,4%. En pared abdominal hay pocos casos descritos en la literatura. Presentamos el hallazgo infrecuente de una lesión en pared abdominal reseca con resultado de metástasis de carcinoma de células renales.

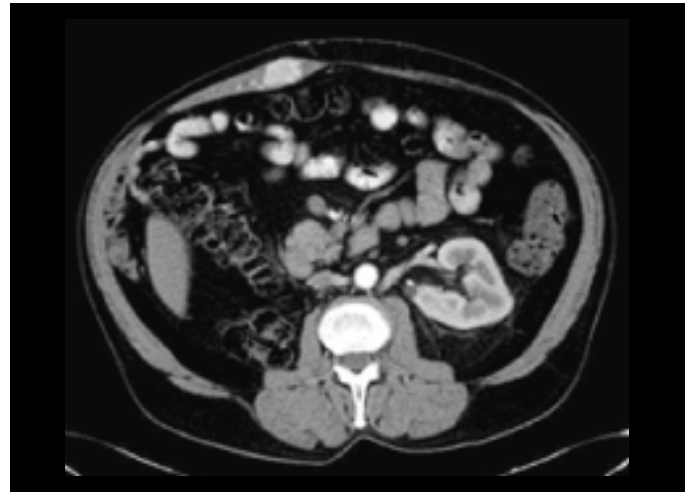
## CASO CLÍNICO

Paciente de 63 años con antecedentes personales de cáncer renal, intervenido en 2011 de nefrectomía radical derecha laparoscópica, con anatomía patológica del carcinoma de células renales estadio II con grado de Fuhrmann 2-3. Tras la cirugía para evitar progresión recibió un año terapia dirigida con sunitinib y posteriormente estuvo en seguimiento en consulta encontrándose libre de enfermedad.

A los siete años tras la cirugía, durante el seguimiento de su proceso oncológico en consulta de Urología se observa una lesión en la pared abdominal como hallazgo incidental en un TAC abdominal de control (**Figura 1**), por lo que se deriva a nuestra consulta de Cirugía. Dicha lesión se encuentra localizada en la cicatriz previa donde se colocó un trocar en la primera cirugía.

En la exploración se objetiva una nodulación en pared abdominal, dolorosa a la palpación, radiológicamente compatible con tumor desmoide de 3 cm a nivel del recto abdominal derecho.

El tratamiento fue quirúrgico, realizándose exéresis de dicha lesión, localizada en el espesor del vientre muscular del recto anterior derecho y posterior a la aponeurosis anterior de los rectos, sin evidenciar infiltración de la misma de forma macroscópica ni microscópica, por lo que no infiltraba a peritoneo. Dada la reintervención y que el defecto tras la exéresis de la lesión era de aproximadamente 4x4 cm, se realizó cierre con entrecortados de vicryl 2-0 y la colocación de malla de polipropileno de bajo peso molecular supraaponeurótica, con el objetivo de evitar una potencial eventración posterior.



**Figura 1**

TAC abdomen.

Los resultados histopatológicos fueron de metástasis de carcinoma de células renales con RCC+, CD10+ y Fuhrmann 3-4 con un margen afecto.

El postoperatorio evolucionó sin incidencias.

Se presentó en comité oncológico para decidir actitud y se decidió seguimiento en consulta de urología sin necesidad de tratamiento adyuvante ni ampliación de márgenes. Fue citado en nuestra consulta para primera revisión tras la cirugía y presentaba buena evolución por lo que por nuestra parte fue dado de alta y remitido a consulta de Urología para seguimiento.

Revisando la primera intervención quirúrgica se objetivó que la zona de la aparición de la lesión metastásica de pared abdominal era la cicatriz donde se colocó un trocar y no se colocó protección de herida dado que el tamaño de la incisión era de 11 mm y sólo se utilizó para colocar el trocar.

Pasados cuatro meses tras la exéresis del tumor de pared abdominal se repitió TAC abdominal objetivándose una nueva metástasis en el mesenterio en hipocondrio izquierdo, ventral al bazo. Se presentó en comité y se decidió exéresis por laparoscopia de lesión peritoneal. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento y libre de enfermedad.

## DISCUSIÓN

El carcinoma renal (CR) es predominante en varones (60-70%), cuyos factores etiológicos son el tabaco, la obesidad, hipertensión arterial y antecedentes familiares de primer grado de cáncer de riñón<sup>1-3</sup>. En la actualidad, más del 50% de los CR se detectan como hallazgo incidental al realizar una prueba de imagen por otro motivo. La presentación clínica clásica con la triada de dolor en la fosa renal, hematuria y masa abdominal palpable es poco frecuente en la actualidad (6-10%). La exploración física es limitada para el diagnóstico, pero se puede palpar una masa abdominal, varicocele

que no se reduce, o edema bilateral en las extremidades inferiores, siendo esto último indicativo de afectación venosa<sup>1</sup>. El diagnóstico se realiza mediante ecografía o TC abdominal<sup>1-4</sup>. La histología de éste tumor se divide en: tumor de células claras (80-90%), papilar (10-15%) y de células cromóforas (4-5%). Éstos constituyen aproximadamente el 85-90% de los tumores renales malignos. El resto, está comprendido por diversos carcinomas esporádicos y familiares infrecuentes: carcinoma canalicular de Bellini, carcinoma de conductos colectores, sarcomatoide, etc<sup>1</sup>.

Los factores pronósticos más importantes incluyen signos y síntomas específicos, factores relacionados con el tumor como estadio patológico, tamaño, grado nuclear y subtipo histológico. Para el grado nuclear se utiliza el sistema de Fuhrman *et al.* (Tabla 1).

**Tabla 1.** Clasificación del sistema de Fuhrman *et al.* para el grado nuclear en cáncer renal.

Grado	Tamaño del núcleo	Bordes del núcleo	Nucléolo
1	10 mm	Uniforme	Ausente
2	15 mm	Irregular	Pequeño
3	20 mm	Irregular	Prominente
4	> 20 mm	Multilobulado	Prominente, corpúsculo de cromatina

El carcinoma de células renales metastásico tiene una amplia variabilidad en cuanto a localización, clínica, momento de presentación, evolución y pronóstico. Existen cuatro mecanismos básicos de expansión: invasión directa, implantación en cicatriz quirúrgica, linfática y hematogena<sup>4-6</sup>. Por orden de frecuencia, aparecen en: pulmones, hueso, hígado, suprarrenales y cerebro, pudiendo ser sincrónicas o metacrónicas<sup>1-5</sup>. Pero debido a su diseminación linfática, arterial y venosa puede localizarse en regiones atípicas. El desarrollo de las metástasis de la pared abdominal puede aparecer de seis meses a cinco años tras el diagnóstico inicial o bien de forma sincrónica<sup>5</sup>.

La presentación en piel y pared abdominal puede ser en forma de nódulo, área inflamatoria y fibrosis. En todos los casos la biopsia de la lesión proporciona el diagnóstico de certeza y el pronóstico es universalmente pobre, con supervivencia media inferior a seis meses desde el momento del diagnóstico, aunque han sido descritos casos de hasta 42 meses<sup>4</sup>.

En la literatura consultada hasta la fecha, hemos encontrado descrito un único caso de lesión metastásica metacrónica en pared abdominal a los tres años tras el diagnóstico del cáncer primario<sup>4</sup>.

El tratamiento en los pacientes con diseminación metastásica sincrónica debe ser nefrectomía y metastasectomía cuando la enfermedad sea reseccable y el paciente tenga buen estado funcional. El pronóstico es peor en pacientes con metástasis metacrónicas. El tratamiento, portanto, es paliativo. Para casos con lesiones localizadas, la exéresis quirúrgica o la radioterapia podrían ser opciones válidas así como el tratamiento médico con sunitinib, sorafenib e interferon intralesional. Para seleccionados casos con enfermedad sistémica

puede valorarse la opción de la quimioterapia<sup>1,4,6</sup>. La quimioterapia parece moderadamente eficaz sólo cuando se combina 5-fluorouracilo (5FU) con medicamentos inmunoterápicos<sup>1</sup>.

Ante una tumoración en la pared abdominal es necesario realizar un diagnóstico diferencial entre<sup>7</sup>:

#### 1. Enfermedades no neoplásicas:

- a. Infeccioso: absceso
- b. No infeccioso: Traumáticas, metabólicas, hormonales, endometriosis: hematoma, granuloma de sutura, quiste de inclusión epidérmica, endometriosis, endometriomas, fascitis nodular y mesenteritis esclerosante intraabdominal

#### 2. Enfermedades neoplásicas:

##### 2.1. Tumores primarios benignos

- a. Tumores benignos: lipomas, tumores vasculares, leiomiomas, neurofibromas, schwannomas, fibromas e histiocitoma fibroso benigno, lesiones pigmentadas benignas.
- b. Lesiones benignas con variantes atípicas o malignas: Tumor fibroso solitario, tumores de células granulares, tumor miofibroblástico/seudotumor inflamatorio.
- c. Tumores benignos pero potencialmente agresivos: Fibromatosis y tumor desmoide.

##### 2.2. Tumores primarios de pared abdominal malignos:

- a. Carcinoma mioepitelial
- b. Neoplasia uracal maligna
- c. Sarcoma de tejidos blandos
- d. Melanoma, linfoma primario de pared abdominal

2.3. Tumores metastásicos o secundarios: recidiva local, infiltración por contigüidad, implantación (cicatriz, drenaje, puerto de laparoscopia)

- a. Carcinoma (tracto digestivo, páncreas, hígado, ginecológico, pulmón, riñón), nódulo de la hermana Maria José
- b. Sarcoma diagnóstico diferencial de GIST metastásicos
- c. Melanoma
- d. Leucemias/linfomas

De forma global, en los tumores de la pared abdominal la extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección. La radioterapia puede resultar muy útil para reducir el volumen de tamaño en

tumores que inicialmente no eran resecables y por otro lado como tratamiento adyuvante en caso de tumores de alto riesgo de recidiva o en cirugías subóptimas.

Los tumores desmoides superficiales se manifiestan como bulto indoloro, o ligeramente doloroso, firme, liso y móvil, a menudo se adhieren a estructuras circundantes. El diagnóstico se realiza con ecografía y completarse con TAC o RMN para determinar si se adhiere a estructuras cercanas. Posteriormente se debe obtener el tipo histológico mediante biopsia con aguja gruesa o por biopsia quirúrgica (incisional o escisional). El tratamiento recomendado es la extirpación quirúrgica y reconstruir la pared abdominal si es necesario con uso de mallas. Es necesario obtener márgenes libres de tumor para minimizar el riesgo de recurrencia. En caso de pacientes que no pueden someterse o como tratamiento adyuvante, se puede utilizar la radioterapia. Por lo tanto, en nuestro caso inicialmente informado como lesión desmoide, el tratamiento con exéresis del tumor habría sido similar, si bien, lo que sí cambiaría sería el tratamiento adyuvante<sup>8</sup>.

Las metástasis e implantes en las puertas de entrada tras la cirugía laparoscópica son un caso particular de tumores en pared abdominal. Desde la introducción de la cirugía laparoscópica para el tratamiento de enfermedades malignas abdominales, se han observado implantaciones de células tumorales en los puertos de entrada alrededor en 1-2% de los pacientes. Se asocia a tumores de alto grado y mal pronóstico. Se ha especulado mucho en el mecanismo de producción desde implantes de células tumorales favorecidos por el neumoperitoneo, a mala técnica quirúrgica y al efecto inmunosupresor de la laparoscopia. Al parecer, el mecanismo de producción de las metástasis en las puertas de entrada de la pared abdominal es similar al resto de las metástasis en pared abdominal: diseminación hematogena. Este tipo de metástasis no debe presentarse como contraindicación de la laparoscopia en cirugía del cáncer abdominal<sup>8</sup>.

La exéresis quirúrgica de estos implantes sigue los mismos principios de cualquier tipo de exéresis tumoral: asegurar márgenes quirúrgicos libres de tumor, a pesar de que para ello a veces sean necesarias cirugías complejas con resecciones viscerales y óseas. En general este tipo de lesiones se asocian a peor pronóstico. La reconstrucción de la pared abdominal se realizará si fuera necesario utilizando malla biológica o prótesis sintética<sup>8</sup>.

Las limitaciones de este caso son la escasa bibliografía recogida por la baja frecuencia de localización a nivel cutáneo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ljungberg, B. et al. Guía clínica sobre el carcinoma renal. European Association of Urology 2010:203-256
2. Fernández-Rueda, P. et al. Cutaneous metastasis of renal cell carcinoma: A case report and review of the literatura. *Gac Med Mex.* 2015;151:497-501
3. Jilani, G et al. Cutaneous metastasis of renal cell carcinoma through percutaneous fine needle aspiration biopsy: Case report. *Dermatology Online Journal* 16 (2): 10
4. Fernández-Pello, S. et al. Metástasis cutánea procedente de carcinoma de células renales. *Arch. Esp. Urol.* 2013; 66 (3): 321-323
5. Abbasi, F. et al. Cutaneous Metastasis of Bilateral Renal Cell Carcinoma. *J Pak Med Assoc.* 2013; 63(1): 111-113
6. Jindal, T. et al. Calvarial and cutaneous metastasis as the primary presentation of a renal cell carcinoma. *BMJ Case Rep* 2014
7. Machado, I. et al. Lesiones ocupantes de espacio en pared abdominal (no herniaria). La visión del patólogo. *Revhispanoamhernia.* 2015; 3(3): 85-94
8. Campos, J. et al. Tratamiento quirúrgico de los tumores de la pared abdominal. *Rev Hispanoamhernia.* 2015; 3(3):107-113