

Resumen:

El 15% de los carcinomas de células renales metastatiza a cabeza y cuello, hasta el 30% es posterior a nefrectomía, con promedio menor a 5 años. El involucro de la nariz y SPN es infrecuente; el riesgo es mayor si el tumor primario es mayor a 3 cm. Se presenta en forma de tumor que condiciona obstrucción, epistaxis recurrente, dolor y edema facial, por TC se identifica tumor vascularizado y destrucción ósea; por inmunohistoquímica expresa vimentina, CD-10, EMA y pancitoqueratina positivos. Tratamiento con inmunoterapia o cirugía, la radioterapia es una opción para control local, sin embargo usualmente es radio-resistente.

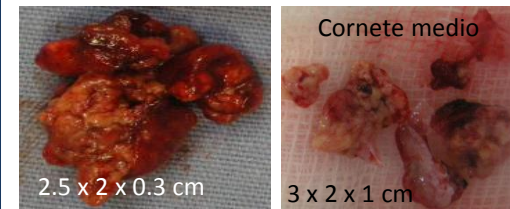
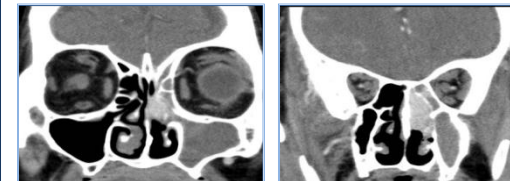
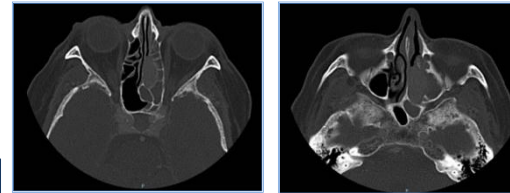
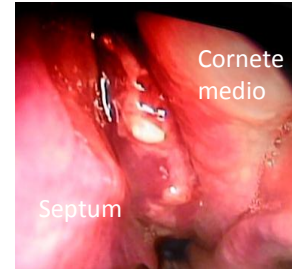
Presentamos el caso de un paciente femenino de 74 años, con epistaxis izquierda recurrente y antecedente de nefrectomía derecha hace 9 años por carcinoma de células claras; en la endoscopia nasal encontramos tumor en área III y IV izquierda, superficie irregular y vascularizado, en TC de nariz y SPN contrastada observamos tumoración en surco olfatorio, etmoides anterior y cornete medio izquierdos, desplazamiento y destrucción, ósea; reforzamiento con contraste. Se realizó biopsia escisional, con resultado histopatológico de metástasis de carcinoma renal de células claras CD-10 (+).

Introducción:

El 15% de los carcinomas de células renales metastatiza a cabeza y cuello, hasta el 30% es posterior a nefrectomía, con periodo promedio menor a 5 años. El involucro de la nariz y SPN es infrecuente; el riesgo es mayor si el tumor primario es mayor a 3 cm. Se presenta en forma de tumor que condiciona obstrucción, epistaxis recurrente, dolor y edema facial, por TC se identifica tumor vascularizado y destrucción ósea; por inmunohistoquímica expresa vimentina, CD-10, EMA y pancitoqueratina positivos. Tratamiento con inmunoterapia o cirugía, la radioterapia es una opción para control local, sin embargo usualmente es radio-resistente.

Presentación del caso y Protocolo diagnóstico:

Femenino de 74 años, residente de Juchitán, Oax. Antecedente de nefrectomía derecha hace 9 años por carcinoma de células claras. Inicia hace 4 meses con epistaxis izquierda recurrente, descontrol hipertensivo y diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica, requirió taponamiento anterior y posterior en 2 ocasiones, posteriormente se documentó tumoración nasal; razón de envío a esta unidad. Negaba obstrucción nasal, alteraciones visuales o parestesias faciales. Se realizó endoscopia nasal encontrando tumor en área III y IV izquierda, irregular, rojizo con zonas amarillas, vascularizado. Se solicitó TC de nariz y SPN contrastada observando tumor que ocupa el surco olfatorio, etmoides anterior y cornete medio izquierdos, desplazamiento óseo, destrucción de pared medial de seno maxilar y reforzamiento. Se realiza biopsia escisional, reporte histopatológico e inmunohistoquímico de metástasis de carcinoma renal de células claras, CD-10 (+), P-63 (-). Se envió a oncología para continuar protocolo, realizando TC de tórax y pelvis encontrando metástasis a ovario. Inician Sorafenib y completa 10 sesiones de radioterapia (30grays) a macizo facial; hasta el momento sin recidiva tumoral a nivel nasosinusal.



Discusión:

El carcinoma de células renales representa el 3% de los tumores malignos en adultos. Las metástasis a cabeza y cuello son infrecuentes (15%), reportando en órbita, parótida, nariz y SPN (a través plexo paravertebral venoso de Batson), lengua, amígdalas y tiroides. El seno maxilar (36%), etmoides (25%), frontal (17%), cavidad nasal (11%). El promedio de diagnóstico posterior a nefrectomía es menor a 5 años, con reportes de hasta 10 años. El tipo histológico más frecuente es el células claras (70-80%).

La sobrevida a 5 años es < 10%, a pesar del tratamiento IL-2 o interferón alfa. El Sorafenib tiene efecto en la proliferación celular tumoral y angiogénesis, inhibe Raf cinasa, VEG FR 1,2 y 3, PDGFRβ, FMS-like tirosina cinasa 3, proteína c-Kit; otorga un mayor periodo libre de progresión en pacientes con falla al tratamiento.

Conclusiones:

Los tumores de nariz y senos paranasales son siempre un reto diagnóstico, su apariencia macroscópica, los síntomas y el grupo etario son solo algunas de las herramientas clínicas para sospechar un diagnóstico; sin embargo es importante tener en cuenta características de imagen y sobre todo no subestimar la exposición a sustancias, enfermedades concomitantes o antecedentes patológicos para llegar al diagnóstico preciso y al tratamiento correcto. La metástasis del carcinoma renal a nariz y senos paranasales no son frecuentes, sin embargo deben formar parte del pensamiento clínico.

Referencias bibliográficas:

1. Sountoulides et al. Atypical presentations and rare metastatic sites of renal cell carcinoma: a review of case reports. Journal of Medical Case Reports 2011, 5:429.
2. Oppenheimer SB: Cellular basis of cancer metastasis: A review of fundamentals and new advances. Acta Histochemica 2006, 108(5):327-334.
3. Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery Vol. 58, No. 4, October - December 2006.
4. Escudier et al. Sorafenib in Advanced Clear-Cell Renal-Cell Carcinoma. N Engl J Med 2007;356:125-34.

