

METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA RENAL EN SENOS PARANASALES

Pablo Zijlstra
Luciana Perticone
Marina Luzuriaga
Candelaria Irastorza

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM). Mar del Plata. Argentina.

RESUMEN

Las metástasis nasosinuales son extremadamente raras. Se han descrito unos 50 casos localizados en el seno maxilar. Las más frecuentes son las del adenocarcinoma renal, seguidas de los tumores de mama y pulmón. La peculiar tendencia del carcinoma renal a metastatizar en localizaciones poco usuales hacen de este proceso oncológico un tumor primario a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la metástasis como primera manifestación de un proceso neoplásico. La incidencia de metástasis en cabeza y cuello del carcinoma renal está presente en el 8% (6-15,2%) de los pacientes; y de ellas la mitad asienta en los senos paranasales.

Presentamos un paciente de 67 años con epistaxis recidivante secundaria a metástasis de adenocarcinoma renal luego de 4 años de su diagnóstico y tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma primario nasosinusal representa menos del 1% de las neoplasias malignas de cabeza y cuello, y en torno al 3-5% de los tumores de vías aerodigestivas superiores¹, siendo la localización etmoidomaxilar la más frecuente. Los tumores metastásicos en senos paranasales y fosas son excepcionales, se han descrito en la literatura unos 50 casos localizados en seno maxilar. El adenocarcinoma renal es el primario que más frecuentemente metastatiza en la región nasosinusal, seguido de tumores mamarios y pulmonares. El carcinoma de células renales o hipernefoma se caracteriza por la gran tendencia a presentar metástasis sincrónicas o metacrónicas en cualquier órgano.

La incidencia de metástasis en cabeza y cuello es del 8% y de ellas el 50% se localizan a nivel de los senos paranasales, soliendo aparecer no como localización única sino en el contexto de enfermedad metastásica múltiple. Presentamos el caso de un paciente nefrectomizado hace 4 años por adenocarcinoma renal que presenta neoformación sangrante en fosa nasal izquierda que luego de su estudio anatomopatológico demostró tratarse de una metástasis de adenocarcinoma renal.

CASO CLÍNICO

Hombre de 67 años con antecedente de nefrectomía derecha por adenocarcinoma renal hace 4 años, que consulta en varias oportunidades por epistaxis recidivante de fosa nasal izquierda que requirió internación en dos oportunidades para control de dicha hemorragia con taponaje posteroanterior en su primer internación y ligadura esfenopalatina en la segunda internación. En los controles postoperatorios el paciente refiere insuficiencia ventilatoria nasal, rinorrea e hiposmia izquierda por lo que se realiza endoscopia nasal evidenciando neoformación polipoidea blanquecina sangrante y friable en región etmoidal de fosa nasal izquierda que se biopsia.

Se realizó TAC de macizo facial con contraste que informó la existencia de una neoformación que ocupaba gran parte de la fosa nasal izquierda, seno etmoidal ipsilateral y gran realce con contraste. También se realizó Arteriografía que puso de manifiesto su hipervascularización. Se propone tratamiento quirúrgico pero previo a este se solicitó TAC de tórax donde se observó probables metástasis pulmonares por lo que es derivado al servicio de Oncología

Médica para realizar quimioterapia y radioterapia.

DISCUSIÓN

Las metástasis en el tracto sinusal son excepcionales, siendo lo más habitual encontrarlas en los maxilares. Son más frecuentes en varones 2:1 y la edad de presentación es entre la 4ª y 6ª década de la vida. Apenas hay descritos unos 115 casos por Batsakis, de los cuales la mayoría son de localización mandibular. En general los tumores más frecuentes que producen este tipo de diseminaciones son los de riñón (adenocarcinoma) seguidos de pulmón, mama y más infrecuentemente el tracto gastrointestinal y vías urinarias. Sin embargo, Kent y Majumder publicaron una serie específica de carcinomas metastásicos de seno maxilar con 55 casos. En ellos lo más frecuente fue el origen en un adenocarcinoma renal seguidos de los tumores de testículos, mama, piel, estómago y glándulas suprarrenales.

Parece que la diseminación tumoral hacia senos paranasales y fosas ocurre vía hematogena a través del plexo venoso paravertebral de Bastón. Se trata de una red anastomótica de venas avalvulares que rodean médula espinal y vértebras, conectadas con venas pélvicas, intercostales, ácigos y vena cava, permitiendo así la siembra tumoral tanto en dirección caudal hacia la pelvis como craneal hasta calota. Ante un aumento de presión intraabdominal o intratorácica se produce aumento de flujo hacia plexo paravertebral, desde aquí se alcanzan los senos venosos de la calota y retrógradamente el plexo pterigoideo antes de llegar a los senos paranasales.

Las manifestaciones clínicas de las metástasis nasosinusales adolecen de falta de especificidad, no diferenciándose de los síntomas derivados de tumoraciones primarias a dicho nivel. Con mayor incidencia, el primer síntoma derivado de la

metástasis precede en evidencia clínica al tumor primario; mientras en otras ocasiones menos frecuentes se presenta de manera tardía incluso años después de la nefrectomía. El síntoma más común es la epístaxis, presentándose hasta en un 70% cuando su origen es en el carcinoma renal frente al 30% cuando la metástasis derivaba de otros tumores primarios. Otras manifestaciones clínicas menos frecuentes son: obstrucción nasal (25%), rinorrea purulenta, deformidad facial (15%), álgias faciales (5%) y clínica oftalmológica (proptosis, alteraciones en motilidad ocular y en agudeza visual).

La endoscopia nasal objetiva lesiones sólidas, granujientas y muy vascularizadas, en ocasiones responsables de epístaxis recidivantes rebeldes a los tratamientos hemostáticos convencionales. El estudio se puede completar mediante el empleo de técnicas de imagen. Así, la T.A.C. y la R.N.M. ofrecen información sobre la localización y extensión hacia estructuras intracraneales y/o orbitarias.

La biopsia de la lesión es imprescindible para el diagnóstico. El patrón histológico refleja células claras y/o de citoplasma granular con un componente vascular variable. El diagnóstico resulta sencillo cuando se conoce la presencia del carcinoma renal sincrónico, presentándose más dificultades cuando el tumor primario es silente. El diagnóstico diferencial histológico debe contemplar las siguientes entidades: hemangioma, hemangiopericitoma, tumores del glomus yugular, paragangliomas no cromafines y focos endometriósicos.

El pronóstico de los pacientes con carcinoma renal metastático no tratado es infausto, con una supervivencia media de 5% a los 3 años. El tratamiento de las metástasis es complejo por la gran quimio y radioresistencia que presentan, siempre que sea posible, sin que conlleve el sacrificio de estructuras vitales, el tratamiento de elección es el

quirúrgico con la extirpación completa de la lesión. Hoy en día se está extendiendo el uso del Interferón alfa sólo o acompañado de otros inmunomoduladores como Interleukina-2, fluoruracilo o con ácido 13 cisretinoico.

CONCLUSIÓN

Las metástasis en los senos paranasales son excepcionales, más aún si el tumor primitivo es infraclavicular, por lo que se debe pensar en ellas como una remota posibilidad. Aún así se debería hacer un estudio de extensión en todas las neoplasias de senos, más aún en las que la anatomía patológica no sea característica de los tumores nasosinusales habituales, haciendo especial hincapié en la mama, pulmón, aparato gastrointestinal y genitourinario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maran AGD, Estell PM. *Carcinoma Metastásico de la Región Sinonasal*. *Otorrinolaringología Clínica*. Ed. Espax Barcelona 555; 1981.
2. Torres Muros B, Solano Romero JR, Rodríguez Baró JG, Bonilla Parrilla R. *Adenocarcinoma renal metastásico en seno maxilar*. *Actas Urológicas Españolas* Octubre 2006.
3. Mata N, González F, Pinilla M. *Metástasis inusual en fosa nasal de adenocarcinoma renal*. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1994; 45: 249-52.
4. Tisner Nieto JV, Forcén Rox F, Usón García A. *Metástasis de Hipernefroma en seno Frontal*. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1994; 45: 375-8.
5. 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 Urológicas Españolas julio/agosto 2005*.
6. J.G. Pereira Arias, V. Ullate Jaime, F. Valcárcel Martín, V.J. Onaniel Pérez, J.M. Gutiérrez Díez, R. Ateca Díaz Obregón, J.R. Berreteaga Gallastegui. *Epístaxis como primera manifestación de un adenocarcinoma renal diseminado*. *Actas Urológicas Españolas mayo 2002*.