

Masa pulmonar con carcinoma renal

*Horacio Giraldo Estrada MD.

Paciente de 73 años y sexo masculino, obeso, con Síndrome de apnea obstructiva del sueño por lo cual utiliza CPAP nasal por 2 a 3 horas en la noche desde hace 2 años. Fue intervenido por Carcinoma renal de células claras a finales del año 2002. Los Rx de tórax preoperatorios habían sido informados como normales (Figura 1), pero en una tomografía abdominal preoperatoria, se sugirió la presencia de una masa en la base pulmonar derecha por lo cual se practica TAC de tórax (Figura 2), la cual demuestra claramente una imagen nodular irregular, adherida a la pleura, que sugiere metástasis única del carcinoma renal. No se evidenciaron masas ni adenopatías mediastinales. En el post-operatorio de su nefrectomía el paciente presentó dehiscencia de las suturas y evisceración por lo cual fue reintervenido con cierre primario y manejado con antibióticos, logrando cicatrización adecuada. Se programó para resección de la masa pulmonar.



Figura 1. Radiografía inicial informada como normal

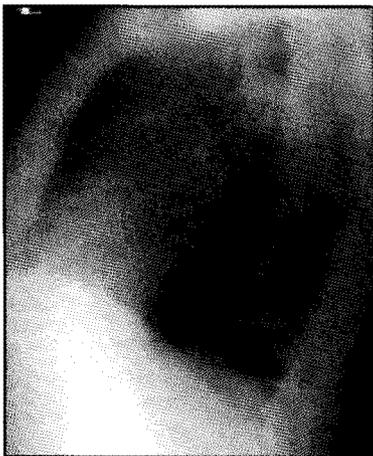


Figura 2. TAC de tórax demuestra masa pulmonar en la base derecha.

EVOLUCIÓN

El paciente tuvo post-operatorio satisfactorio, y la masa resecada fue informada como metástasis de tumor de células claras renales. Revisando cuidadosamente la radiografía preoperatoria, la masa podía verse, escondida parcialmente por el hemidiafragma derecho (Figura 3).

Figura 3. Detalle de la Radiografía preoperatoria, mostrando la masa (flecha).

* Médico Internista Neumólogo. Adscrito Clínica Colsanitas y Clínica del Country

DISCUSIÓN

Las metástasis pulmonares se encuentran en 25 a 30% de todos los pacientes con cáncer a la autopsia¹, sin embargo, un porcentaje mucho más bajo que éste satisface los criterios para ser llevados a resección de metástasis. Hoy se acepta la naturaleza potencial curativa de la resección de metástasis pulmonares en ausencia de enfermedad generalizada, y se ha aceptado ampliamente su utilización en una gran variedad de neoplasias metastásicas a pulmón.

Actualmente no se cuenta con un enfoque estandarizado de las metástasis pulmonares, por el escaso número de pacientes y la gran variedad de tipos histológicos, además de las escasas publicaciones con metodología prospectiva y aleatorizada.

En el carcinoma renal, específicamente, la recurrencia local, de rara ocurrencia, es manejada quirúrgicamente, lo cual puede prolongar la vida del paciente. La resección completa de las metástasis pulmonares ha demostrado en varios estudios lograr una supervivencia a 5 años del 44%².

En pacientes con múltiples metástasis pulmonares el tratamiento quirúrgico sólo no es aceptado en forma unánime, pero la nefrectomía con posterior inmunoterapia y resección de las lesiones residuales que han respondido parcialmente al manejo con Interleukina 2 (IL-2) y 2b á-Interferón (2b á-IFN), ha demostrado adecuada supervivencia sin evidencia de tumor en seguimiento por 8 meses en casos publicados³.

El prerrequisito para una resección curativa de metástasis es que estén limitadas a los órganos clave: Hígado y Pulmón, y para el pronóstico a largo plazo de estos pacientes es importante tanto el tipo histológico del tumor, como la resección radical de las metástasis⁴.

La supervivencia por causa específica del Carcinoma renal es de 65% a los 5 años, y de 67% a los 10 años. La recurrencia local, la invasión venosa y la presencia de metástasis en pulmón, ganglios linfáticos y huesos son factores que afectan independientemente el pronóstico del Carcinoma renal⁵.

El carcinoma de células renales metastático responde a inmunoterapia en algunos pacientes, por lo que los Interferones han sido ampliamente investigados,

especialmente el á-IFN recombinante, que ha dado respuestas especialmente en metástasis a ganglios linfáticos y a pulmón. La á-IFN es igualmente efectiva, pero la ã-IFN no tiene papel terapéutico en las metástasis de carcinoma renal. La rata promedio de respuesta con á-IFN es 15%, con una duración de respuesta de 4 a 6 meses. Las respuestas completas son raras (<5%) pero pueden ser duraderas⁶. Su dosis es 9 a 10 millones de Unidades diarias o 9 a 18 millones de Unidades tres veces a la semana por 6 a 12 meses, y produce síntomas gripales generales durante el tiempo que se administra en la mayoría de los pacientes. La asociación de á-IFN con Vinblastina no ha demostrado ser superior que la á-IFN sola⁹.

Ocasionalmente puede ocurrir la desaparición espontánea de las metástasis pulmonares después de la nefrectomía⁷⁻⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Davidson RS, Nwogu CE, Brentjens MJ, Anderson TM. The surgical management of pulmonary metastasis: current concepts. *Surg Oncol* 2001; 10(1-2): 35-42.
2. Fischer CG, Schmid H. Operative therapy in disease progression and local recurrence of renal cell carcinoma. *Urologia internationalis* 1999; 63 (1): 10-15.
3. Olivier C, Carballido J, Lao AH, Bellido D, Ramón y Cajal S, Manzano L, Ondina L, Alvarez-Mon M. Oportunidad de la cirugía en las lesiones metastásicas del carcinoma de células renales tras respuesta a la inmunoterapia adyuvante. *Actas Urol Esp* 1995; 19(3): 203-210.
4. Schildberg FW, Meyer G, Piltz S, Koebe HG. Surgical treatment of tumor metastases: general considerations and results. *Surg Today* 1995; 25(1): 1-10.
5. Kondo K, Kobayashi K, Matsuzaki J, Miura T, Fujinami K, Takase K. Clinicopathological study of influential factors on prognosis in patients with renal cell carcinoma. *Hinyokika kyo. Acta urologica Japonica [Hinyokika Kyo]* 2001; 47(4): 229-235.
6. Foss SD. Interferon in metastatic renal cell carcinoma. *Semin Oncol* 2000; 27(2):187-193.
7. Czaplicki M, Malewski AW, Kuzaka B, Mayzner-Zawadzka E. The puzzle of spontaneous regression of pulmonary metastasis of renal carcinoma (after many years of observing the patient). *Polski tygodnik lekarski [Poi Tyg Lek]* 1993; 48(20-22): 485-487.
8. García Tabar PJ, Montoya Lirola MD, Etxepare Arrosagaray P, Castillo Jimeno JM, Acinas García O, Alvarez Martínez J. Desaparición espontánea de metástasis pulmonares secundarias a carcinoma de células renales tras la nefrectomía. Aportación de un caso y revisión de la literatura. *Actas urológicas españolas [Actas Urol Esp]* 1992; 16(5): 430-434.
9. Koike H, Yoshimoto T, Takiuchi H, Ihara H, Arima M, Mori Y, Ikoma F. A case of spontaneous disappearance of pulmonary metastasis of renal cell carcinoma following nephrectomy. *Hinyokika kyo. Acta urologica Japonica [Hinyokika Kyo]* 1990; 36(12): 1443-1446.