

HOSPITAL DOCENTE "JOAQUIN ALBARRAN". CIUDAD DE LA HABANA

## Forma de presentación poco frecuente de metástasis pulmonar en un paciente con hipernefroma

Por los Dres.:

CESAR MILANES BERNAL\*, ERNESTO BARRIOS GRILLO\*\* y HECTOR DIAZ AGUILA\*\*\*

Milanés Bernal, C. y otros. *Forma de presentación poco frecuente de metástasis pulmonar en un paciente con hipernefroma*. Rev Cub Med 20: 2, 1981.

Se presentan los resultados clínicos y patológicos de un paciente con un hipernefroma con dos metástasis pulmonares de localización homónima y bilateral (lóbulo superior del pulmón derecho e izquierdo), asociada con tuberculosis pulmonar en actividad. Se revisan las imágenes radiográficas pulmonares metastásicas, que pueden ser vistas en esta entidad, y se destaca la ausencia de tal presentación en la literatura revisada.

### INTRODUCCION

El tumor de célula renal, hipernefroma o tumor del internista, ha sido llamado por algunos el gran imitador. Esto se explica por las distintas formas clínicas de presentación con que suele evolucionar este tumor.<sup>1</sup>-

El hipernefroma o tumor de Grawitz, recibe este nombre porque su color amarillo y su aspecto lo asemejan a la glándula suprarrenal y por ello estos tumores fueron tomados por derivados de restos aberrantes de las glándulas suprarrenales incluidas en la sustancia del riñón.<sup>3</sup>

Especialista de I grado en medicina interna, del hospital docente "Joaquín Albarrán", Ciudad de La Habana.

\*\* Residente de 3er. año en anatomía patológica, del hospital docente "Joaquín Albarrán", Ciudad de La Habana.

\*\*\* Residente de 2do. año de medicina interna.

Los síntomas y signos producidos por las metástasis son diferentes y pueden ser las únicas manifestaciones de la enfermedad. La mayoría de las metástasis ocurren por vías sanguíneas, pudiendo ser afectados el hígado, los pulmones, huesos largos, ganglios y ocasionalmente cerebro y suprarrenales.<sup>4</sup>

Pero de todos los órganos de la economía es el pulmón el más afectado por las metástasis, según se refleja en distintas estadísticas, tanto en nuestro medio como en otros países.<sup>3,5 8</sup>

Las dificultades en el diagnóstico del hipernefroma mediante distintos estudios radiográficos (urograma descendente, aortografía abdominal, pielografía ascendente y otros medios), ya ha sido presentado en publicaciones anteriores."<sup>10</sup>

En este trabajo discutiremos la forma de presentación poco frecuente de metástasis

pulmonar en un paciente con hipernefroma, caracterizada por dos metástasis de localización homónima y bilateral (lóbulo superior del pulmón derecho e izquierdo), lo que mostró en la literatura revisada un cuadro radiográfico no informado para esta enfermedad.

#### Presentación del caso

J.P.C., 74 años de edad, del sexo masculino, de la raza blanca, ingresa en nuestro centro el día 2/5/1978 con dolor intenso en región cervical posterior y ambos hombros, que irradiaba a ambas bases pulmonares. El dolor tenía como característica el ser mantenido, sin horario fijo, de intensidad media, que aumentaba con la posición de decúbito lateral (derecha o izquierda) y además no se aliviaba con analgésico. La historia de este dolor databa de un mes.

A.P.P.: Bronquitis crónica

A.P.F.: P-f/no sabe M+/no sabe /hermano - f/cardiopatía isquémica

Hábitos tóxicos: Café: ++ Alcohol: no Tabaco: 1 caja cigarro/día Droga: no

Examen físico: los hallazgos positivos fueron los siguientes:

Aparato respiratorio: disminución M/V en ambos vértices pulmonares, subcrepitantes en Vis superficie de hemitórax izquierdo y V/V aumentada a ese nivel.

Abdomen: hígado BS: 7mo. espacio intercostal derecho. BI: rebasa 2 cm de superficie irregular, borde fino, consistencia dura y doloroso a la palpación.

S.H.L.P.: adenopatías de 2 cm de diámetro en región supraclavicular izquierda y región axiilar, con tendencia a formar paquetes, de consistencia dura elástica, superficie lisa, borde regular, adherida a planos profundos y no dolorosa en su palpación.

Durante su estadía en la sala, el paciente refirió que el dolor aumentaba en intensidad al mismo tiempo que empeoraba su estado general. No manifestó otros síntomas que los antes señalados. Tiene una muerte súbita el 28/6/78 por causa de paro cardíaco que no respondió a las medidas de reanimación habituales, lo que impidió se realizara el urograma descendente que tenía fijado para ese día.

#### Investigaciones realizadas

Hemograma: Hb 11,4 g%. Hematócrito: 39 Vol%. Eritro: 92 mm. \*

Leucocitos: SSOO/mm<sup>-1</sup>. Seg: 69%. Mono: 02%. Linfo: 29%.

Parcial de orina: densidad 1010, reacción: ácida, color: amarillo, albúmina: trazas, hematies: no contiene, leucocitos: 1/campo, epitelio: 1 a 2/campo.

Espujo buscando BAAR: fueron realizados tres, siendo todos codificación: 0.

Medulograma: estudio citomorfológico compatible con una anemia por déficit de hierro con un componente reaccional de base.

Rx de tórax simple, vista A.P.: se observa al nivel de las regiones axilares derecha e izquierda dos procesos de condensación de base pleural que plantea la presencia de derrame pleural enquistado (figura 1).

Rx selectivo de vértices: (realizado tres días más tarde). Presentan las lesiones señaladas en ambas regiones axilares que fueron interpretadas como derrame enquistado.

Tomografía: las lesiones informadas muestran las características de contornos bien delimitados, bases periféricas y no lesión costal (figura 2).

•m

Broncografía selectiva del pulmón derecho: se visualiza el árbol bronquial del lóbulo superior derecho, llegando el contraste hasta el segmento apical. No hay relación directa entre

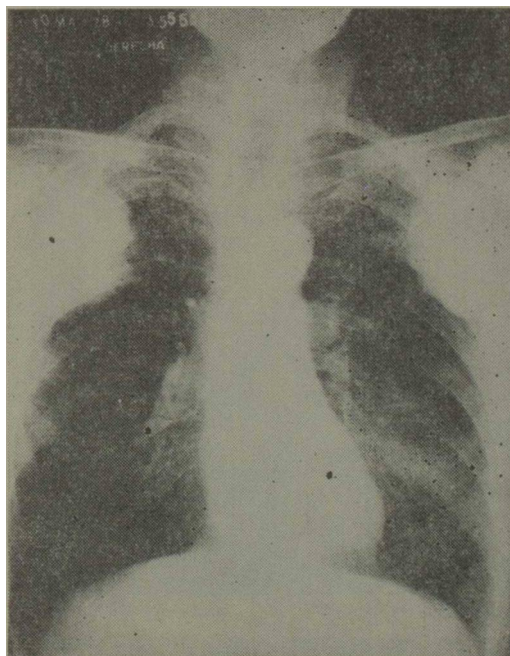


Figura 1. Rx de tórax simple, vista AP: se observa al nivel de las regiones axilares derecha e izquierda dos procesos de condensación de base pleural.

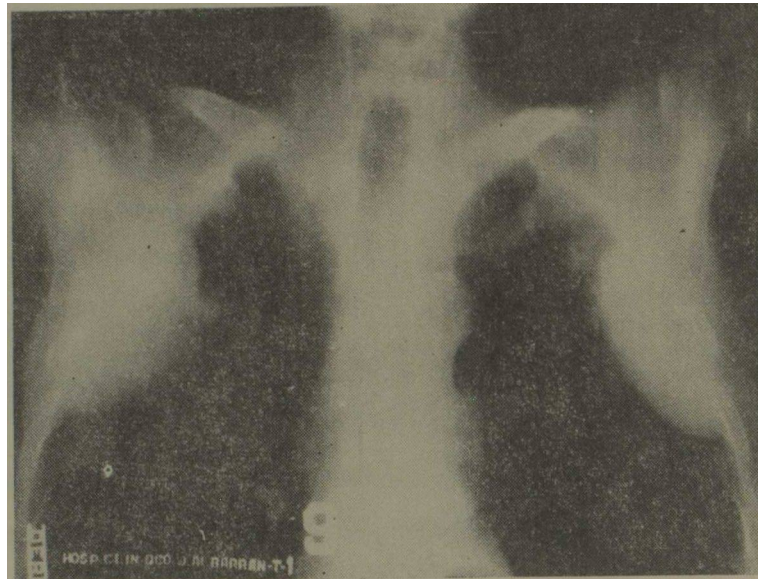


Figura 2. Tomografía que muestra imagen de condensación axilar derecha e izquierda de contornos bien delimitados, bases periféricas y que no se acompañan de lesión costal.

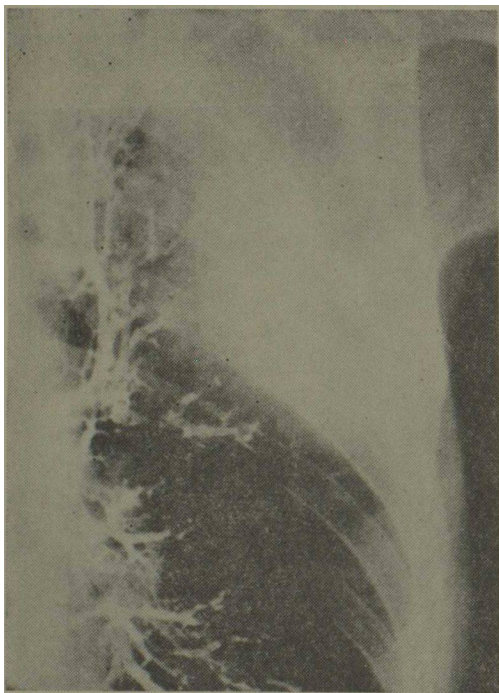


Figura 3. Broncografía selectiva del pulmón derecho. Se visualiza el árbol bronquial del lóbulo superior derecho, llegando al contraste hasta el segmento apical. No hay relación directa entre el árbol bronquial y la lesión tumoral.

el árbol bronquial y la lesión tumoral. Se plantea tumor del componente pleural (figura 3).

P.F.R.: marcado trastorno de la mecánica respiratoria tipo obstructiva irreversible al broncodilatador empleado. Hiposaturación de la sangre arterial, normocapnia.

Biopsia ganglionar: Tumor maligno de células pequeñas con núcleos hiper cromáticos al que se le realiza coloración de retículo (retículo de Gomory). Son planteables:

- 1) Reticulosarcomas
- 2) Carcinoma indiferenciado pulmonar

Biopsia pulmonar: (realizada tres días más tarde)

Numerosos artefactos traumáticos y necrosis que dejan sólo algunas células aisladas viables. No es posible definir por ello el diagnóstico entre las dos entidades planteadas.

#### COMENTARIOS

El hipernefroma muchas veces se considera el tumor del internista, por los síntomas proteiformes y no urológicos de presentación: el 31% de los pacientes con hipernefroma se presentan con síntomas no urológicos.<sup>1</sup> Nuestro paciente presentó tal condición, ya que en ningún momento se pudo com



Figura 4. Vista macroscópica de ambos pulmones en que se demuestra la presencia de engrosamiento pleural de color blanquecino y de aspecto irregular que corresponde a la infiltración tumoral al nivel de la pleura.

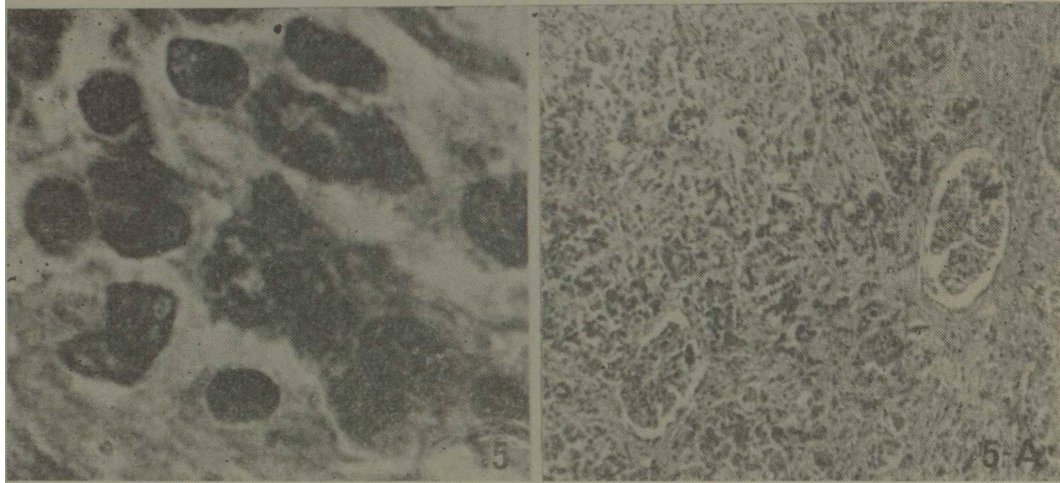
probar síntomas o signo que hiciera pensar en algún daño del aparato genitourinario, así como tampoco se pudo encontrar la tríada clásica (Creasy, 1935)<sup>7</sup> formada por dolor costovertebral, masa palpable y hematuria.

Las dificultades en el diagnóstico del hipernefoma, no sólo son desde el punto de vista clínico, por su evolución, las menos previsible entre las neoplasias humanas, sino también en ocasiones al estudio radiográfico. Esto se explica porque para realizar el diagnóstico urográfico es necesario que el tumor renal desplace las vías sanguíneas, pelvicia y cálise.<sup>4</sup>

Las manifestaciones clínicas de presentación en este caso fueron las ocasionadas por la metástasis al pulmón, que explica el dolor óseo en ambos hombros y la metástasis en hígado, así como la hepatomegalia. Esto concuerda con lo informado por otros autores que expresan que frecuentemente los primeros síntomas se originan en las metástasis al pulmón, hueso, hígado o cerebro.<sup>12\*14</sup>

Lo llamativo de este caso y que motiva su publicación es la forma de localización de las metástasis. En el pulmón se sitúan en ambos lóbulos superiores (derecho e izquierdo), o sea, homónimo y bilateral (figura 4), mientras que en la literatura se informa que generalmente son múltiples, nodulares, en bola de algodón con lesiones osteolíticas.<sup>4,14</sup>

Consideramos que la forma atípica de las metástasis pulmonares, así como el grado de indiferenciación celular informada en la biopsia ganglionar, que en la técnica de retículo, hacía plantear el diagnóstico diferencial de reticulosarcoma o carcinoma pulmonar indiferenciado, fueron los elementos que más confundían en el diagnóstico de este paciente. Los cambios histiós mostrados en la biopsia ganglionar se deben, tal como se refleja en distintos trabajos<sup>15-17</sup> a la respuesta del sistema reticuloendotelial y la función importante en la inmunidad tumoral que desempeñan los ganglios regionales, lo que permite que éstos adopten diferentes patrones histiós en la evolución de un proceso anárquico (neoplásico).



Figuras 5 y 5-A. Carcinoma renal de células oscuras altamente indiferenciado del riñón derecho. 5) mayor y 5-A) menor aumento.

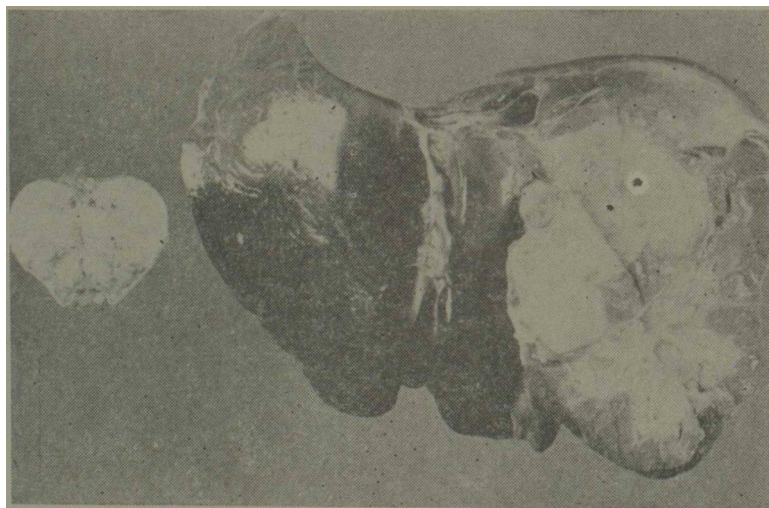


Figura 6. Vista macroscópica que muestra tumor, renal derecho (polo superior) que infiltra la glándula suprarrenal de ese lado y cara posterior del lóbulo derecho del hígado.

El hecho de que en toda su evolución su función renal fuera normal, se explica por la indemnidad del riñón contralateral.

La tuberculosis fibrocásica en actividad, encontrada en el estudio de necropsia (A-78-271) y que constituye una de las causas contribuyentes de muerte, tiene como explicación la presencia de trastornos inmunológicos que acompañan a las enfermedades neoplásicas.<sup>18</sup> Es por eso que este paciente no manifiesta el cuadro clínico propio de la TB pulmonar. Lo mismo hubiera ocurrido con otra bacteria o virus, por lo que se considera en este caso, la TB pulmonar, como una enfermedad sobreañadida en la evolución de una disfunción inmuno- lógica en una enfermedad tumoral (hiper nefroma).

Los hallazgos principales en la necropsia (A-78-271) fueron los siguientes:

#### *Causa directa de muerte*

Carcinoma renal de células oscuras altamente indiferenciado del riñón derecho con infiltración de la suprarrenal de un lado y cara posterior del lóbulo derecho del hígado (figuras 5, 5A y 6).

Metástasis pulmonares bilaterales (lóbulo superior derecho e izquierdo).

#### *Causa contribuyente de muerte*

Isquemia del miocardio reciente, cara posterior ventrículo izquierdo, tuberculosis pulmonar fibrocásica en actividad.

#### CONCLUSIONES

1. Debe tenerse presente en los diagnósticos diferenciales al hiper nefroma ante metástasis pulmonares atípicas, aun en ausencia de la tríada clásica del tumor. Se recomienda realizar estudios radiográficos que ayuden a comprobar este diagnóstico, aclarando que es posible que por la localización y tamaño del tumor renal no exprese signos radiológicos positivos de hiper nefroma\*
2. El estudio hístico de ganglios regionales metastásicos puede mostrar un patrón celular específico determinado por la respuesta del sistema reticuloendotelial a la estimulación antigénica tumoral,<sup>1\*,17</sup> lo que puede ocasionar que en determinado momento estos patrones hísticos sean confundidos con otras enfermedades neoplásicas diferentes, como en este caso, que aún después de emplear técnicas especiales (técnica de Retículo), sugería el diagnóstico de reticulosarcoma.

#### SUMMARY

Milanés Bernal, C. et al. *Non frequently onset of pulmonary methastasis In a patient with hypernephroma.* Rev Cub Med 20: 2, 1981.

The clinical and pathologic results in a patient with hypernephroma with two pulmonary methastasis of homonime and bilateral localization (right and left superior pulmonary lobule), associated to pulmonary tuberculosis, are presented. The methastatic pulmonary radiographic images, that can be observed to this entity, are reviewed; and absence in the reviewed literature of such presentation is pointed out.

#### RESUME

Milanés Bernal, C. et al. *A propos d'une présentation peu fréquente de métastase pulmonaire chez un patient porteur d'hypernéphrome.* Rev Cub Med 20: 2, 1981.

Les auteurs présentent les résultats cliniques et pathologiques d'un patient porteur d'un hypernéphrome avec deux métastases pulmonaires de localisation homonyme et bilatérale (lobe supérieur du poumon droit et gauche), associé à une tuberculose pulmonaire active. Les clichés radiographiques pulmonaires métastatiques pouvant apparaître dans cette entité sont révisés; il est souligné l'absence d'une telle présentation dans la littérature revue.

## PE3KME

.Vte.TaHec Bepaant, K. 0 ap. PejiKO BCTpeqaeMají iEopMa MeTacTñ3a .Ier-Koro y uamieHTa, óojibHoro runepHeijópoMOii. Rev cub Mea 20\* 2, 1981.

B HacTcwnaea paooxe npe^cTaa/taioTCH KJiaHuqecfúie a naTOJioruqeoKHe pe3y^LTard namieHTa, CTpajtameró runepHeijópoMOii c üsyMH ^éro^HH mu MeTscTasaMB npoTHBonanoaHOñ u .HByxcTOpOHHefi JiOKdJW3aum (BeE xFD-ia úo-oh npasoro Jiéraoro k zeBOMy), KOTOpHa Cúji acctiinmpoBaH c ^eroHHHiM úktbbhhm TyóepKyjie30M. Opa ana/jase óhum cjieJiaHH pea rreHCBCftae chhmkh JieroTOoro MeTacTa3a, KOTOpbe MoryT Outl pac- cMOTpetúj npn dohoChom 3a<5ojiesahHH. B padúTe noiHépKüEaeTca ot- cyrcTBij© b MejuaujiHCKOfi JiBTepaType HHíopfciana o 3TOM 3aóojieBa - EHJ3.

### BIBLIOGRAFIA

1. *Kiely, M.J.* Hipernefroma: El tumor del internista. Clin Med Nort Am, 1968. E.R., Instituto Cubano del Libro Pp. 1067-1083, julio-septiembre, 1966.
2. *Ewert, E. Eart, et al.* The Great Imitator. Med Clin North Am 47 (2): 431-436, 1963.
3. *Pons Pedro, A.* Tumores renales. Patología y Clínicas Médicas. Tomo II, p. 1166, Ed. Salvar. 1976.
4. *Smith, D.R.* Hipernefroma (Tumor de Gra- witz). Urología General. III edición, pp. 236- 241, Ed. "El Manual Moderno" S.A., México D. F., 1972.
5. *Vllscó Plasencia, M.; O. Alvaríño Padros.* Metástasis poco frecuente en un hipernefroma. Rev Cub Med 12 (3): 269 mayo- junio, 1973.
6. *Hernández Vera, G.* Tumores malignos del riñón. (Estudio de 31 casos 1945-1959). Rev Cub Cir 2 (1): 24-37, marzo, 1960.
7. *Robbins Stanley, L.* Carcinoma de célula renai. Patología estructural y funcional. Ed. Interamericana, pp. 1101-1103, México, 1975.
8. *Cuéllar, J.; C.D. Rodríguez.* Procesos tumo- rales del riñón. Rev Cub Cir II (2): 170-178, junio, 1960.
9. *Pereira Costa, R.; L.R. Uerena Rojas.* Dificultad en el diagnóstico del hipernefroma. Rev Cub Med 15: 399-410, julio-agosto, 1976.
10. *Uerena Rojas, L. y otros.* Diagnóstico radiográfico de los tumores malignos primitivos del parénquima renal. Rev Cub Med 17: 3, 1978.
11. *Libertino, A.J.; L. Zinman.* Carcinoma de cMula renal. Clin Med Norteam. Ed. Inter- a.nc.iccna, pp. 295-300, marzo, 1975.
12. *Grahstald, H.* Renal cell cáncer. I. Incidence, etology, natural history and prognosis. II. Diagnostic findlngs. III. Types of treatment. N Y J Med 64: 2639, 2658, 2771. 1964.
13. *Harrison.* Tumores del riñón. Medicina interna. 4ta. edición, tomo II. pp. 1599-1600. La Prensa Médica Mexicana, 1973.
14. *Cccil-Loeb.* Tumores renales. Tratado de Medicina Interna. Décimo cuarta edición tomo II pp. 1395-1397, Ed. Interamericana, 1978.
15. *Eo'wards, A* The response of the reticulo- endoihelial system to a cáncer. Br J Surg 53 (10): 1966.
16. *Fisher, R.E.* Papel del anatomopatólogo en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama invasor. Clin Quir Norteam 4: 717, Ed. Interamericana, 1978.
17. *Blíick, M.M.; D.F. Speer.* Lymph node reac- tivity in cáncer patients. Surg Gyn Gbstat 110: 477-487. 1960.
18. *Hersh, M.E. et al.* Inmunodeficiencia en neoplasias y la importancia de la valoración inmunológica del cáncer. Clin Med Norteam pp. 623-637, Ed. Interamericana, mayo, 1976.

Recibido: octubre 10, 1979.

Aprobado: marzo 11, 1980.

Dr. César Milanés Bernal Hospital Docente  
"Joaquín Albarrán"  
26 y Rancho Boyeros.