

Carcinoma Renal Escamoso, reporte de un caso

Hugo Castro Pizarro^{1,a,b,c}, Omar Villacorta Cari², Karla Sheen Vento²

RESUMEN

La presentación del carcinoma de células escamosas en la vía urinaria es un evento poco frecuente. La incidencia de esta neoplasia es de 1.4 por ciento de los cánceres renales. Este caso presenta el hallazgo en la autopsia de un varón de 78 años de un carcinoma de células escamosas que compromete el parénquima renal. El caso sirve para hacer una revisión de las características patológicas e histológicas de esta neoplasia. (Horiz Med 2015; 15(1): 67-70)

Palabras clave: Carcinoma, células escamosas, carcinoma epidermoide, riñón. (Fuente: DeCS BIREME).

Squamous cell carcinoma in the kidney, a case report

ABSTRACT

Presence of a squamous cell carcinoma in the urinary system is an infrequent event. This neoplasm has an incidence of 1.4 percent among renal cancer. In this presentation we have the results of an autopsy of a 78 years old male with a squamous cell carcinoma that compromises renal tissue. The case is completed with a brief revision about the topic, including pathologic and histologic characteristics of the neoplasm. (Horiz Med 2015; 15(1): 67-70)

Key words: Carcinoma, squamous cell carcinoma, epidermoid carcinoma, kidney. (Source: MeSH NLM).

¹ Doctor en Medicina. Médico Asistente en Anatomía Patológica, Instituto de Medicina Legal, Lima Perú

^a Médico Patólogo

^b Presidente de la Asociación de Patología Forense del Perú (ASPAF)

^c Miembro de la Academia Americana de Ciencias Forenses-Capítulo Patología/Biología-AASF

² Médico Residente en Anatomía Patológica, Instituto de Medicina Legal, Lima Perú

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias del sistema colector urinario son infrecuentes con un 4% a 5% de los tumores de epitelio transicional. De ellos, la mayoría corresponde a tumores uroteliales (85% - 90%) seguidos por el carcinoma de células escamosas (6% - 15%). Este último se define como una neoplasia maligna derivada del urotelio que muestra un fenotipo escamoso puro, que presenta una incidencia pequeña con un 1.4% de los cánceres renales y muy pocos casos reportados en la literatura. Se le observa en la vía urinaria superior ocurriendo más frecuentemente en la pelvis renal que en los uréteres. La presentación clínica suele incluir urolitiasis o infecciones renales crónicas, así como abuso de analgésicos, aunque se han reportado casos con ausencia de estos rasgos clínicos (1-3).

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 78 años que fue encontrado muerto en su casa por familiares. En el levantamiento del cadáver se evidenció lesiones compatibles con asfixia mecánica por ahorcamiento. Durante la necropsia médico legal, los hallazgos en región cervical del cadáver confirmaron la causa de muerte. En la evaluación de cavidades internas, se encontró en abdomen una masa tumoral correspondiente al riñón izquierdo de medidas 18 x 13.5 x 6.5 cm y un peso de 875 gramos. A la evaluación, la tumoración mostraba una superficie encapsulada e irregular, de aspecto multilobular. Al corte se apreció una arquitectura completamente deformada, con múltiples nódulos heterogéneos, blancos y amarillos con áreas pardas, que se alternaban con zonas quísticas que impedían reconocer el sistema pielocalicial. El uréter presentaba una dilatación en su segmento proximal. El riñón y uréter derechos, así como la vejiga urinaria, no presentaban alteraciones.

La evaluación histológica de los órganos, además de confirmar las lesiones traumáticas en cuello, mostraron la naturaleza escamosa de la tumoración renal izquierda: células epidermoides con puentes intermembranas y perlas córneas en la masa tumoral que desplazaban el escaso parénquima renal funcional. Tanto el uréter de ese lado,

como los órganos contralaterales y la vejiga se encontraban libres de células malignas. No se hallaron lesiones malignas de naturaleza urotelial. Se encontró además en vasos pulmonares la presencia de émbolos de células tumorales. La corroboración inmunohistoquímica de la naturaleza escamosa del cáncer se realizó con el marcador CK7 que debiera ser positivo en casos de neoplasia urotelial, de presentación más frecuente que el carcinoma escamoso. En este caso el marcador resultó negativo. Figuras 1-4

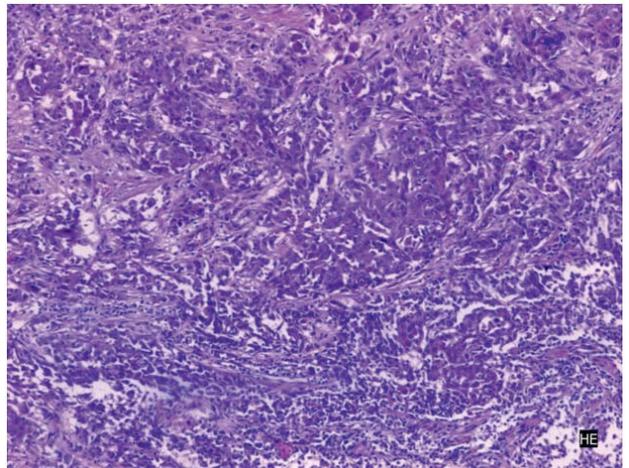


Figura 1. Nido neoplásico compuesto por grupos celulares formando estructuras sólidas con trazos de tejido conectivo y componente inflamatorio linfocitario. Tinción con HE y aumento a 10x.

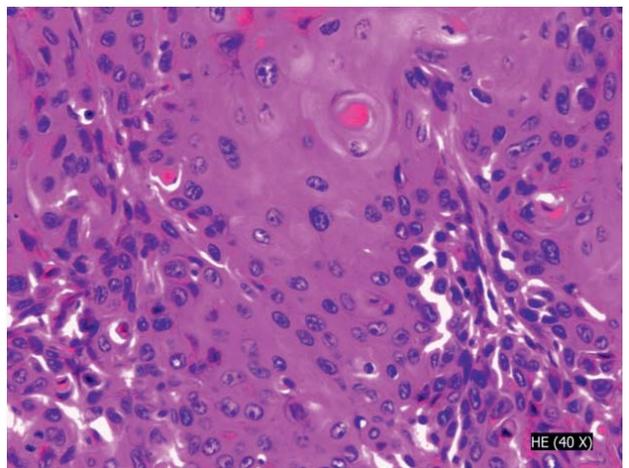


Figura 2. Células neoplásicas que muestran aspecto escamoso y núcleos con cromatina gruesa, algunos con presencia de nucléolo, además de la presencia de perlas córneas. Tinción con HE y aumento a 40x.

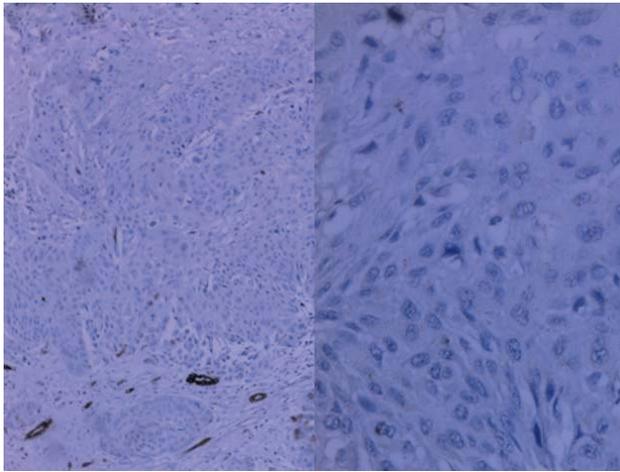


Figura 3. Tinción inmunohistoquímica en parénquima tumoral mostrando negatividad para CK-7. Aumentos de 10x (izquierda) y 40x (derecha).

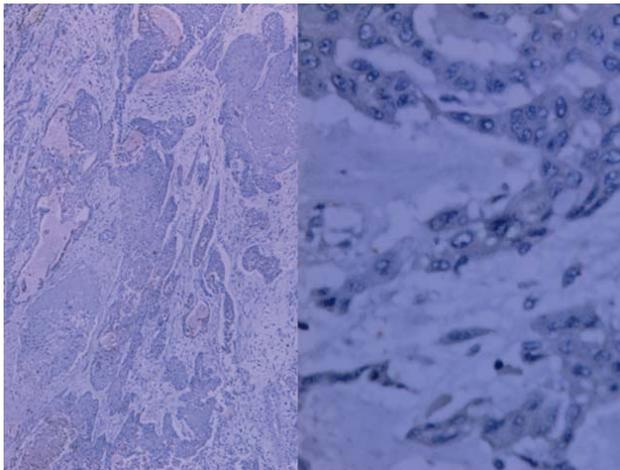


Figura 4. Tinción inmunohistoquímica en parénquima tumoral mostrando negatividad para CK-20. Aumentos de 10x (izquierda) y 40x (derecha).

DISCUSIÓN

Las neoplasias malignas primarias de la pelvis renal son de escasa presentación con un 8 a 14 % del total de cánceres renales. De ellas, un 90% corresponden a carcinomas uroteliales y en el resto encontramos al carcinoma de células escamosas, cuya aparición en el riñón es inusual y se desarrolla desde el sistema colector.

Se cree que el desarrollo del carcinoma escamoso se debe a una metaplasia del urotelio por irritación crónica, aunque la asociación del cáncer con la metaplasia aún genera controversia. Las causas de la alteración incluyen cálculos renales, riñón en herradura, infecciones y también tabaco, determinados químicos, fármacos (fenacetina), deficiencia de vitamina A, desbalance hormonal (4) y esquistosomiasis (en especial *Schistosoma haematobium*).

La presentación clínica de los casos suele incluir dolor abdominal y hematuria. No es usual palpar la tumoración, aunque casos de obstrucción de la vía urinaria pueden llevar a hidronefrosis clínicamente palpable (1). Algunos reportes de síndromes paraneoplásicos añaden hipercalcemia, leucocitosis y trombocitosis a la presentación clínica (3-6).

La detección del tumor suele hacerse con imágenes: urografía excretoria, ecografía o tomografía pueden orientar hacia el diagnóstico (1,7).

Los carcinomas escamosos son frecuentemente masas voluminosas, polipoides, sólidas con presencia de material necrótico y de restos de queratina. También se describen, especialmente las que nacen del epitelio de la vejiga urinaria como neoplasias planas de bordes irregulares o ulceradas e infiltrantes (8).

El diagnóstico histológico se restringe al hallazgo exclusivo de células malignas escamosas, de manera que si se encontrara un carcinoma urotelial in situ cambiaría el diagnóstico por el de carcinoma urotelial con diferenciación escamosa. Por esa razón se recomienda una extensiva toma de muestras de mucosa (5) Con regularidad se puede hallar metaplasia escamosa queratinizante en el epitelio plano adyacente al tumor (8).

A fin de determinar la ausencia del componente urotelial dentro del parénquima tumoral, el panel de tinción inmunohistoquímica con CK-7 y CK-20 permite hacer el diagnóstico diferencial, obteniéndose que la positividad para ambas citoqueratinas se corresponderían con presencia de carcinoma de urotelio.

En general se trata de una neoplasia agresiva de alto grado. Es común la infiltración del parénquima o tejido blando retroperitoneal (1). Pueden encontrarse casos de alta diferenciación con grupos de células escamosas con puentes intercelulares, queratinización y escaso pleomorfismo nuclear. También están los casos de escasa diferenciación con alto pleomorfismo y mínimas características escamosas (8).

El tratamiento considera a la cirugía (nefrectomía y ureterectomía) para casos con tumores en bajo estadiaje (4). Se sigue con radioterapia y quimioterapia para casos avanzados, aunque el beneficio mostrado ha sido escaso (7).

El pronóstico es pobre con una media de sobrevida a 5 años de 7.7%, con otras series mostrando un promedio de 5 a 11 meses (3).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Badruddoza S, Pervin S. Primary Renal Squamous Cell Carcinoma. Anwer Khan Modern Medical College Journal [Internet]. 2012 Aug 27 [cited 2015 Jan 26];3(2). Available from: <http://www.banglajol.info/index.php/AKMMCJ/article/view/11692>
2. Faheem N. K. Primary Renal Squamous Cell Carcinoma: A Case Report. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2012 May;6(4):720-2.
3. Tanriverdi O, Silay MS, Guler H, Miroglu C. Squamous Cell Carcinoma of The Left Kidney Presenting with Splenic Hematoma. Nephro-Urology Monthly. 2009 Jun;1(1):65-8.
4. Mathur S, Rana P, Singh S, Goyal V, Sangwan M. Incidentally detected squamous cell carcinoma in non-functioning kidney presenting as multi-cystic mass. J Surg Case Rep. 2011 Sep 1;2011(9):8.
5. Fletcher CDM. Diagnostic Histopathology of Tumors. 4th ed. Elsevier-Saunders; 2013.
6. Bostwick DG, Cheng L. Urologic Surgical Pathology. 2nd ed. Elsevier-Mosby; 2008.
7. Karabulut A, Emir L, Gönültaş M, İncel N, Germiyanoğlu C, Erol D. Squamous cell carcinoma located in the renal caliceal system: A case report and review of the literature. Turkish Journal of Cancer. 2002 Jan;32(1):20-4.
8. Eble J.N., Sauter G., Epstein J.I., Sesterhenn I.A. (Eds.): World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. IARC Press: Lyon 2004

Fuente de financiamiento

Autofinanciado por los autores.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

Correspondencia:

Hugo Castro Pizarro

Dirección: Jr. Cangallo 819 - Morgue Central de Lima-IML-Perú

Teléfono: 955961101

Correo electrónico:

castropizarrohugo@gmail.com

Recibido: 24 de Noviembre de 2014
Aprobado: 13 de Enero de 2015