

Adenocarcinoma Sarcomatoide de Riñón Reporte de un Caso

DR. JUAN JOSÉ SEGURA FONSECA*

INTRODUCCION

Casos de tumores malignos del riñón de origen mesodérmico incluyendo las formas de carcinosarcoma, han sido reportados previamente, Fisher (2), Hou (3), y Kay (4), pero recientemente Farrow y colaboradores en 1968 (1), han llamado la atención hacia un grupo de tumores que presentan un patrón histológico que consiste de una mezcla de elementos malignos en que áreas muy pleomórficas de células fusiformes, o células gigantes muy anaplásticas, semejando un sarcoma se hallan entremezcladas con áreas de células vacuoladas y claras, con una marcada diferenciación hacia un origen epitelial o carcinomatoso, al que han denominado carcinoma sarcomatoide del riñón, para enfatizar el origen epitelial de esta neoplasia. El propósito de este artículo es reportar un tumor renal que tiene un patrón histológico prominente para clasificarlo de adenocarcinoma sarcomatoide del riñón y llamar la atención sobre este tipo de tumor que puede ser fácilmente mal diagnosticado como leiomiomasarcoma, fibrosarcoma o en general sarcoma del riñón.

REPORTE DE UN CASO:

La paciente era una mujer de raza negra de 45 años de edad, cuando fue internada en el Hospital de la Ciudad de San Luis, Missouri, E. U. A., en octubre de 1969 con una historia de dolor abdominal, que se irradiaba al flanco derecho; debilidad generalizada y una pérdida de peso estimada en 50 libras en un lapso de dos meses. Posteriormente vómito frecuente, edema de los tobillos, nocturia y dudosa hematuria, se añadieron a la sintomatología anterior. El examen físico reveló a una paciente de raza negra moderadamente obesa, la presión arterial era de 114/70 mm. Hg y un peso de 150 libras; la temperatura era de 37,7 grados C. La exploración física reveló un dolor sordo localizado en el cuadrante superior derecho del abdomen que se irradiaba hacia el hipogastrio. El borde superior del hígado se localizaba a 12 cm. por debajo del margen costal derecho. No habían áreas de linfadenomegalia. El NNP era de 65 mgrs %,

* Snodgras Laboratories of Pathology and Bacteriology, St Louis, Missouri y Departamento de Patología, Hospital San Juan de Dios.

el sodio de 137mEq/l. La hemoglobina era de 9,2 gramos %, el potasio de 4,5 mEq/l y el dióxido de carbono 22,6 mEq/l. Un pielograma endovenoso mostró un riñón derecho no funcionando 15 minutos después de inyectado el medio de contraste, y un pielograma retrógrado mostró un defecto en el llenado de la pelvis renal, de bordes muy irregulares con distorsión manifiesta del sistema pielocalicitarario, muy sugestivos de un tumor de la pelvis renal. La terapia consistió en Provera, testosterona y diuréticos sin ninguna mejoría clínica. Posteriormente derrames pleurales en ambos lados de características hemorrágicas fueron evacuados, y la placa antero-posterior del tórax mostró múltiples nodulares en ambos pulmones de origen metastático. La calcemia se elevó hasta 13,4 mEq/l y múltiples radiografías del sistema óseo no mostraron áreas metastáticas. Se mantuvo en malas condiciones generales falleciendo aproximadamente tres meses después de su internamiento.

HALLAZGOS DE LA AUTOPSIA:

En el momento de la autopsia el cuerpo pesó 110 lbs.

Ambas cavidades pleurales contenían 200 cc de un líquido muy hemorrágico, y en la pleura parietal se encontraban múltiples nódulos metastáticos de diverso tamaño y aspecto hemorrágico, que se extendían hacia la cavidad pericárdica. En el lado derecho del retroperitoneo, ocupando el lugar de la fosa renal se encontró una enorme masa tumoral, cubierta por tejido adiposo y formada por un tejido de color blanquecino amarillento de consistencia blanda con múltiples áreas de necrosis hemorrágica y degeneración mucoide, que pesó 1150 gramos, y en la que se reconocían áreas de parénquima renal en la periferia (Fig. 1). El tumor invade ambas venas renales, la vena cava inferior hasta el nivel de la porción hepática y el tercio superior del uréter. Ambas arterias renales estaban libres. Extensas áreas de nódulos metastáticos se hallaban en el hígado, los pulmones, el tabique vesicovaginal y los ganglios linfáticos periaórticos y mesentéricos. El útero presentaba múltiples leiomiomas y los ovarios quistes serosos simples. El examen microscópico muestra un tumor compuesto de un estroma muy celular, haces de células fusiformes que se entrecruzan y que forman cordones. Algunos glomérulos muestran hipocelularidad, hialinización y fibrosis periglomerular muy acentuada, y en algunas áreas un límite entre la corteza y el tumor se podía reconocer (Fig. 2). Con preparaciones de H & E las áreas de aspecto sarcomatoso están compuestas por células fusiformes alargadas, con un citoplasma muy eosinofílico y fibrilar, los núcleos son ovales o rectangulares, algunos moderadamente hiper cromáticos, con la cromatina condensada, pero que no muestran francos cambios de malignidad, ni abundantes figuras mitóticas. La similitud con un leiomiomasarcoma bien diferenciado es sorprendente (Fig. 3). En múltiples cortes de diversas áreas del tumor no fue posible identificar áreas de adenocarcinoma de células claras. Los cortes teñidos con la técnica de hematoxilina ácida fosfotúngstica (P.T.A.H.) y tinción tricrómica de Masson fueron negativos para explicar un origen miogénico. Los métodos de impregnación argéntica de Bodian y Sevier-Munger fueron también negativas para demostrar un origen neurogénico. Muy pocas áreas mostraron pequeñas porciones del citoplasma positivos con la técnica de P. A. S. El examen microscópico de las metástasis en los pulmones, el hígado y el tabique vesicovaginal muestra un patrón francamente sarcomatoso, no así el examen de las metástasis en algunos nódulos linfáticos en que las células muestran vacuolas intracitoplásmicas, los núcleos están situados en la periferia y son menos fusiformes, mostrando una mayor diferenciación hacia un origen epitelial y el patrón en general es el de un carcinoma (Fig. 4).

DISCUSION:

La presencia de tumores malignos del riñón en adultos, formados por la mezcla de varios tipos de tejido principalmente focos de carcinoma y sarcoma, a los que se han denominado tumores mixtos malignos mesodérmicos o carcinosarcomas, no son frecuentes. Sin embargo ya Ewing (8) reconocía que las áreas sarcomatosas en algunos de los casos reportados eran de probable origen epitelial y no verdaderos focos de sarcoma, a los que denominó adenocarcinoma renal de células fusiformes. Riopelle, (7) en la revisión de trece casos de tumores renales, describe tres tumores en que focos miosarcomatosos o fibrosarcomatosos se encuentran mezclados con áreas de adenocarcinoma de células claras, y en dos casos las metástasis eran francamente sarcomatosas. Kay (4), reporta el caso de un tumor en que áreas de adenocarcinoma se mezclan con focos de leiomiomasarcoma, que identifica por la presencia de miofibrillas intracitoplásmicas en las áreas de sarcoma; y basado en ese hallazgo lo clasifica como tumor mixto carcino-maleiomiomasarcoma, haciendo énfasis en que no debe ser clasificado como una variante de células fusiformes; sin embargo las microfotografías son muy sugestivas de que se trate en realidad de un tumor sarcomatoide, sucediendo lo mismo con el caso de reportado por Leopold (5). Hou y colaboradores (3) introducen el término sarcomatoide para describir dos casos de tumores en los que áreas de carcinoma se encuentran incorporadas en un estroma sarcomatoso que incluye células fusiformes y células gigantes muy atípicas, que en múltiples secciones del tumor se demuestra que corresponde a áreas de transición, postulando que dichas áreas representan una reacción desmoplástica y metaplástica, no constituyendo verdaderos focos de sarcoma.

En la serie de Farrow y colaboradores (1), que incluye treinta y ocho casos de tipo sarcomatoide, diez de ellos muestran un componente pleomórfico con células fusiformes y citoplasma muy eosinófilo, sugestivas de rabiomioblastos en los que no se demuestran estriaciones transversales, y veinticuatro presentan áreas fusiformes con criterios de malignidad rodeadas por un retículo fino y con abundante formación de fibras colágenas.

Se puede hacer una comparación entre los tumores mixtos malignos mesodérmicos del útero y del riñón, en el sentido de que ambos cuando se encuentran en adultos están formados por tejidos altamente diferenciados pudiéndose aplicar al riñón la clasificación de los tumores mixtos malignos del útero recientemente sugerida por Kempson (9); y clasificar entonces como carcinosarcomas renales aquéllos que en además de un franco adenocarcinoma la porción sarcomatosa, sea a su vez clasificada de acuerdo al tipo y diferenciación del tejido presente y así pueden ser homólogos si el sarcoma deriva de elementos mesenquimatosos presentes normalmente en el riñón y heterólogos si la diferenciación es en estructuras mesenquimatosas que no se encuentran normalmente en el riñón tales como hueso, cartilago y músculo estriado y sus equivalentes malignos de sarcoma osteogénico, condrosarcoma y rabiomiomasarcoma; si esta diferenciación no se demuestra se puede asumir entonces que las áreas pleomórficas son el producto de una transformación metaplástica de las áreas de carcinoma y no considerarlos como verdaderos tumores mixtos mesodérmicos, teniendo en cuenta la versatilidad estructural de que es capaz el carcinoma renal.

RESUMEN

Se reporta el caso de un tumor renal en que el patrón histológico difiere del adenocarcinoma de células claras. El arreglo del tumor muestra un patrón de células fusiformes semejando un sarcoma. Areas de diferenciación epitelial se encontraron en algunos nódulos linfáticos, en los que las metástasis presentan franca vacuolización citoplásmica consistente con el origen epitelial de este tipo de tumor.

SUMMARY

A case of a renal tumor is reported, in which the histological pattern is different from the clear cell adenocarcinoma. This tumor shows a pattern of spindle-shaped cells simulating a sarcoma. Areas of epithelial differentiation were found in some lymph nodes, where metastases showed cytoplasmic vacuolization consistent with the epithelial origin of this type of renal tumor.

BIBLIOGRAFIA :

- 1.—FARROW, E. M., HARRISON, E. D. JR., UTZ, D. C.
Sarcome and Sarcomatoid and Mixed Malignant Tumors of the Kidney in Adults. *Cancer* 22:556-563, 1968.
- 2.—FISHER, E., DAVIS, E.
Carcinosarcoma of Kidney. *J. Urol.* 87:109, 1962.
- 3.—HOU, L. T., Willis, R. A.
Renal Carcinosarcoma, True and False. *J. Path. Bact.* 85:139, 1963.
- 4.—KAY, S.
Malignant Mixed Mesodermal Tumors of the Kidney. *Amer. J. Clin. Path.* 28:655 1957.
- 5.—LEOPOLD, T. E.
A Combined Carcinoma-Leiomyosarcoma of An Adult Kidney. *Proc. Royal Soc. Med.* 57:933, 1963.
- 6.—NEWMAN, D., VELLIOS, F.
Adult Carcinosarcoma (Adult Wilm's Tumor) of the Kidney. *Amer. J. Clin. Path.* 42:45, 1964.
- 7.—RIOPELLE, J. I.
The Nature and Origin of the So-Called True Kidney Hypernephroma. *Cancer* 4:803, 1957.
- 8.—EWING, J.
Neoplastic Diseases: A Treatise on Tumours, 4th ed. Philadelphia. W. B. Saunders Company, 1940; 1160 pp.
- 9.—KEMPSON, R. L., Bari, W.
Uterine sarcomas. Classification, diagnosis and prognosis. *Hum. Path.* 3: 333-349, 1970.

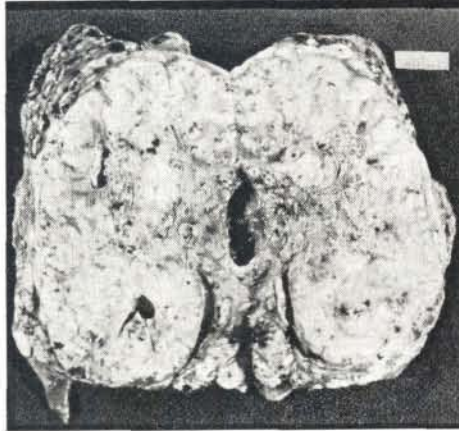


Fig. 1 Riñón derecho. El parenquima renal se encuentra reemplazado por tumor que invade la cápsula. Se reconocen pequeñas porciones de corteza. Pesa 1150 g.

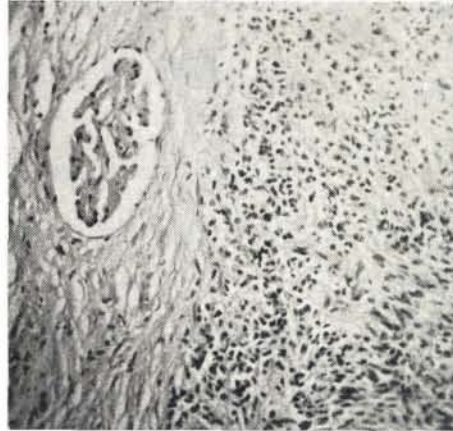


Fig. 2 Areas de aspecto sarcomatoso con haces fusiformes se pueden reconocer (flecha). Un glomerulo muestra hipocelularidad y hialinización. Aumento 100 x. H&E.



Fig. 3 La mayoría de las células son alargadas, fusiformes con un citoplasma finamente fibrilar, y algunas muestran vacuolas citoplásmicas (flecha). Nótese la ausencia de figuras mitóticas. Aumento 450 x. H&E.

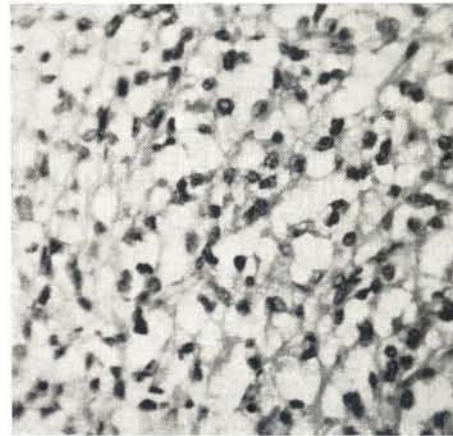


Fig. 4 Metástasis en un ganglio linfático periaortico. Las células son grandes con una prominente vacuolización citoplásmica con núcleos ovales y redondos, algunos localizados hacia la periferia. El patrón es francamente carcinoma-toso. Aumento 450 x. H&E.