



Metástasis en la mama de carcinoma renal. Reporte de caso

Cinthya M. Paredes-Barzola*, Carmen A. Rivas-Manrique y Carlos A. González-Valladares

Unidad Técnica de Oncología, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Guayaquil, Ecuador

Resumen

Introducción: El carcinoma de células renales (CCR) se disemina a pulmones, hígado y huesos. La metástasis de CCR en la mama es un evento raro. **Caso:** Mujer de 50 años con antecedente de nefrectomía no oncológica hace 11 años por carcinoma renal de células claras que comprometía cápsula y pelvis renal. Tratada con inhibidores de la tirosina cinasa (ITK), suspendiéndolos por poca tolerancia. En 2017 progresó a etapa IV, reiniciando ITK. Tras 18 meses refirió nodulación mamaria derecha. La inmunohistoquímica de la biopsia concluyó metástasis de primario renal. **Conclusión:** Aunque infrecuente, una lesión aislada en la mama puede deberse a un secundarismo.

Palabras clave: Metástasis. Carcinoma de células renales. Neoplasias renales. Metástasis de neoplasias.

Breast metastasis of a renal carcinoma. Case report

Abstract

Background: Renal cell carcinoma (RCC) spreads to the lungs, liver, and bones. Metastasis of CRC in the breast is a rare event. **Case report:** 50-year-old female patient with a history of non-oncological nephrectomy 11 years ago due to a clear cell variety renal cell carcinoma involving the renal capsule and pelvis. She was treated with tyrosinkinase inhibitors (TKIs) with low tolerance so she stopped. In 2017 progressed to stage IV, so restarted ITK. After 18 months the patient reported a nodule in the right breast. Biopsy immunohistochemistry concluded primary renal metastasis. **Conclusion:** Although infrequent, an isolated lesion in the breast may be due to secondary

Keywords: Metastasis. Carcinoma renal cell. Kidney neoplasms. Neoplasm metastasis.

Introducción

Las metástasis en mama de neoplasias extramamarias son infrecuentes. Con una baja incidencia, que rodea el 0.5 y casi el 1.3% de todos los tumores malignos mamarios se cataloga como una cifra muy baja con relación con la alta incidencia que caracteriza el neoplasma primario de la glándula mamaria, lo que evidentemente nos invita a generar una revisión cuidadosa que oriente a conclusiones diagnósticas certeras

para un manejo terapéutico óptimo en beneficio del paciente¹.

Al ser una afectación rara, la metástasis en la mama por una neoplasia primaria no mamaria afecta predominantemente a mujeres en un rango etario amplio, desde los 17 a los 70 años, manifestándose como una imagen nodular que puede ser identificada en la mamografía (BI-RADS [Breast Imaging-Reporting and Data System] 4, BI-RADS 5)².

Correspondencia:

*Cinthya M. Paredes-Barzola

E-mail: cinthyparedes@hotmail.com

2565-005X/© 2022 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 05-12-2021

Fecha de aceptación: 06-01-2022

DOI: 10.24875/j.gamo.22000115

Disponible en internet: 07-07-2022

Gac Mex Oncol. 2022;21(Supl):21-24

www.gamo-smeo.com

Serán el estudio histopatológico y de inmunohistoquímica los que nos darán la certeza necesaria previo a la terapéutica. Aportamos el siguiente caso con el objetivo de enriquecer la perspectiva al momento de realizar el diagnóstico diferencial.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 50 años con antecedente de nefrectomía no oncológica en 2010 por masa en fossa lumbar izquierda protocolizada en otra institución médica. Con diagnóstico histopatológico de carcinoma de células renales (CCR) variedad de células claras Furhman III-IV, con compromiso de la cápsula y la pelvis renal sin extracción de uréter. El historial clínico compartido indica que, al tratarse de un diagnóstico en estadio localmente avanzado con factores de riesgo, recibió tratamiento con inhibidores de la tirosina cinasa (ITK), con mala tolerancia a estos, por lo que descontinuó y pasó a recibir bevacizumab por un año, pasando a controles.

En octubre de 2017 acude a chequeo refiriendo molestias digestivas y pérdida de peso, por lo que se solicitó tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada, evidenciando nódulos pulmonares hipermetabólicos: de 20 mm en segmento medial del lóbulo medio que se asocia a área de atelectasia (SUVmáx: 3.3) y de hasta 16 mm en el segmento basal del lóbulo inferior izquierdo (SUVmáx: 3.8). Y una imagen hipodensa, intensamente hipermetabólica, en segmentos hepáticos V y VI que mide aproximadamente 81 mm (SUVmáx: 16.1) (Fig. 1).

Al identificarse progresión de la enfermedad se decidió iniciar terapia dirigida con sunitinib. Estando bajo esta línea de tratamiento durante 18 meses la paciente refirió a la autoexploración la presencia de un nódulo en región de cola mamaria derecha, por lo que se solicitó un ultrasonido mamario en el que se reportó lesión de componente mixto en hora 7-8 de mama derecha con quiste complejo que medía 17 x 13 mm con zona de celularidad que medía 11 mm con escasa vascularización.

Se complementa estudio con rastreo tomográfico simple en el que se observa nodulación sólida mamaria derecha (Fig. 2).

Frente a este hallazgo se solicitó biopsia de lesión mamaria derecha, cuyo resultado histopatológico en septiembre de 2019 indicaba presencia de necrosis tumoral extensa y tejido fibroso infiltrado por carcinoma de células claras, de origen renal probable. Prueba de inmunohistoquímica: CD10 positivo; citoqueratina 7,

citoqueratina 20, receptores estrogénicos y progestágenos, y mamaglobina negativos (Fig. 3).

Evolución

Apoyados en estos estudios concluimos que se trata de una metástasis en la mama de un carcinoma renal de células claras.

Inició tratamiento con bevacizumab por tres meses hasta disponer de axitinib. Finalmente inició esta terapia con ITK desde enero de 2020 con toma irregular durante inicios de la pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en Ecuador. Cuatro meses después refiere nueva progresión con crecimiento de tumor en mama, cefalea y vómitos; con deterioro de la escala del *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG). Fallece.

Discusión

El CCR tiene un comportamiento impredecible. Matute describió que aproximadamente el 50% de los pacientes sometidos a nefrectomía radical inicialmente curativa desarrollarán metástasis en el curso de su enfermedad¹, lo cual refleja la importancia del seguimiento.

El CCR se caracteriza por su diseminación a pulmones en un 45%, huesos en un 30%, hígado en un 20%, suprarrenal en un 10% y cerebro en un 9%; también existen reportes de metástasis a sitios atípicos como la mama.

Exceptuando las metástasis que se originen en un cáncer de mama contralateral y el linfoma secundario de la mama, se han reportado en la literatura médica alrededor de 400 casos de metástasis mamarias originadas en tumores extramamarios. Los tumores que más frecuentemente hacen metástasis a la mama son el melanoma, leiomirosarcoma, cáncer de pulmón, en especial la variante de células pequeñas, y cáncer de próstata³⁻⁵. Algunos autores como Matute¹ han descrito ocasionalmente este tipo de metástasis relacionada con cáncer de estómago, colorrectal, tumores de cabeza y cuello, páncreas, ovario, cérvix, útero, tumor carcinoide, rabdomiosarcoma, mientras que los carcinomas de células renales infrecuentemente han sido referidos.

Los diagnósticos de metástasis mamarias por lo general son metacrónicas relacionadas con el transcurso natural de la enfermedad, como el caso que presentamos, sin embargo algunos estudios sugieren que

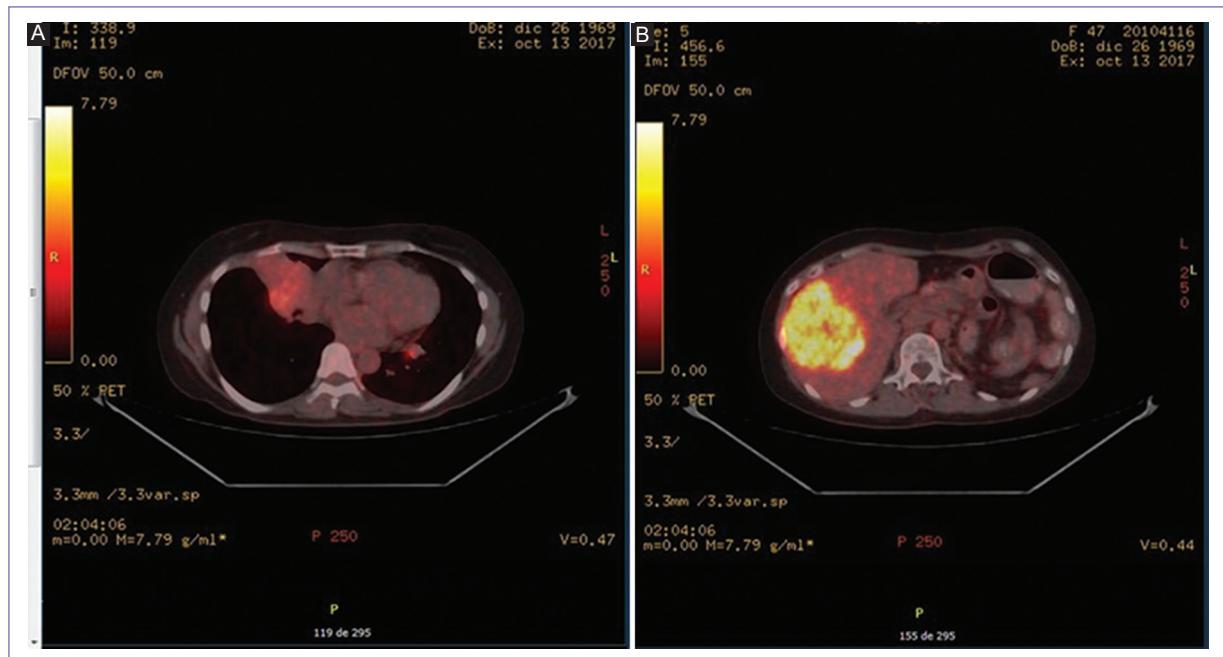


Figura 1. **A:** tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada año 2017 corte seleccionado nivel torácico. **B:** corte seleccionado nivel abdominal.

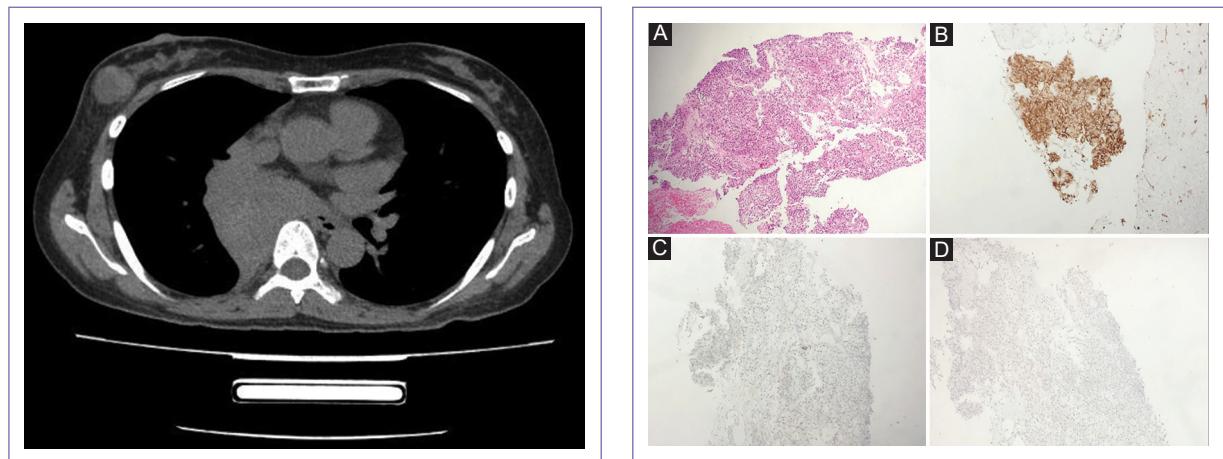


Figura 2. Tomografía computarizada año 2019 corte seleccionado nivel torácico con ventana de partes blandas. Flecha: nódulo sólido.

Figura 3. **A:** tejido con infiltración por carcinoma de células claras, proliferación de células grandes con citoplasmas amplios claros y núcleos hipercromáticos con ocasionales nucléolos prominentes. **B:** CD 10 positivo. **C:** receptores estrogénicos negativos. **D:** mamaglobina negativo.

podrían ser la primera manifestación de la etapa IV de un cáncer renal⁶.

También se describió que la metástasis mamaria fue identificada como un factor pronóstico negativo⁷.

En cuanto a la sintomatología, al tratarse de una nodulación de rápido crecimiento en la mitad de los casos al menos se acompaña de dolor y molestias referidas por pacientes. Suele ser único con bordes

circunscritos y de consistencia firme en los que no se ha descrito inversión del pezón⁸.

Ante la presencia de una lesión con las características descritas, se sugiere la correlación entre ecografía, mamografía y tomografía siempre que sea posible⁹. En pacientes con neoplasias conocidas se debe considerar la presencia de metástasis mamarias incluso

cuando se imponen hallazgos clínicos y radiológicos benignos¹⁰, por lo que el abordaje diagnóstico terapéutico debe ser siempre individualizado¹¹.

Los estudios patológicos e inmunohistoquímicos resultan bastante útiles cuando las características clínicas e imagenológicas de los tumores metastásicos no mamarios son difíciles de identificar. Este estudio es muy útil para el diagnóstico, en especial para el diagnóstico diferencial de pacientes sin antecedentes tumorales¹².

Al ser un tumor quimiorresistente es necesario contar con un adecuado manejo quirúrgico, con apoyo imagenológico para orientar el diagnóstico preciso en beneficio de los pacientes. Se han planteado algunos algoritmos de puntuación basados en las características que se podrían utilizar para predecir la progresión de la enfermedad después de que los pacientes se sometan a una nefrectomía radical por un CCR, evidenciando los pacientes que claramente requieran una vigilancia intensiva¹³, aunque la enfermedad metastásica puede ocurrir en cualquier momento y en cualquier lugar¹⁴.

Previamente, al identificarse pacientes de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad metastásica múltiple se recomendaba tratamiento empírico adyuvante con interleucina 2 e interferón alfa¹⁵. Con el devenir del desarrollo de la terapia biológica e inmunoterapia se disponen de mejores tasas de supervivencia global, es por eso que son las terapias electivas al momento.

Conclusiones

Al tener una imagen sospechosa en mama en el contexto de un CCR debemos incluir como diagnóstico diferencial una metástasis de tumor primario.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Matute G, Raigoza O, Bertel D. Carcinoma de células claras renales metastásico a mama. Rev Colomb Cir. 2018;33(3):311-7.
2. Rosas S. Metástasis mamaria solitaria metacrónica a partir de un carcinoma de células renales: a propósito de un caso. Rev Imagenol. 2012;15(2):29-31.
3. Firvida Pérez JL, Calvo Pestonit JM, Martínez de Paz F, Salgado Fernández M. Metástasis mamaria como manifestación inicial de un carcinoma renal. Arch Esp Urol. 2005;58(1):67-9.
4. Bortnik S, Cohen DJ, Leider-Trejo L, Ron IG. Breast metastasis from a renal carcinoma. Isr Med Assoc J. 2008;20:736-7.
5. McLaughlin SA, Thiel DD, Smith SL, Wehle MJ, Menke DM. Solitary breast mass as initial presentation of clinically silent metastatic renal cell carcinoma. Breast. 2006;15(3):427-9.
6. Vaughan A, Dietz JR, Moley JF, DeBenedetti MK, Aft RL, Gillanders WE, et al. Metastasis disease to the breast: the Washington University experience. World J Surg Oncol. 2007;5:74.
7. Amichetti M, Perani B, Boi S. Metastases to the breast from extramammary malignancies. Oncology. 1990;47:257.
8. López Zamudio J, Valenzuela Alpuche HA, Osomio Labra JA, Fregoso Arteaga LE. Metástasis en la mama de carcinoma renal. Reporte de caso. Rev Mex Mastol. 2017;7(1):19-22.
9. Yang WT, Muttarak M, Ho LW. Nonmammary malignancies of the breast: ultrasound, CT, and MRI. Semin Ultrasound CT MR. 2000;21(5):375-94.
10. Wienbeck S, Nemat S, Lotz J, Surov A. Bildgebende Diagnostik bei Brustmetastasen extramammärer Tumoren [Imaging diagnostics of breast metastases from extramammary tumors]. Der Radiologe. 2017;57(6):459-65.
11. Pérez Fentes DA, Blanco Parra M, Toucedo Caamaño V, Lema Grille J, Cimadevila García A, Villar Núñez M. Carcinoma renal metastásico de localización atípica. Revisión de la literatura. Actas Urol Esp. 2005;29(7):621-30.
12. Wan X, Zhang H, Zhang Y, Peng Y. Metastases to the breast from extramammary nonhematological malignancies: Case series. Int J Gen Med. 2020;13:1105-14.
13. Leibovich BC, Blute ML, Cheville JC, Lohse CM, Frank I, Kwon ED, et al. Prediction of progression after radical nephrectomy for patients with clear cell renal cell carcinoma. Cancer. 2003;97(7):1663-71.
14. Salgado Plonski JJ, Fernández-Pello S, Rodríguez Villamil L, Gil Ugarteburu R, Blanco Fernández R, Mosquera Madera J. Metástasis de carcinoma de células renales en localizaciones anatómicas raras: hipófisis, tiroides y glándulas mamarias. De nuestra experiencia e informe de tres casos. Arch Esp Urol. 2019;72(1):80-4.
15. Rosales Leal JL, Rodríguez Herrera F, Ortiz Gorraíz M, Honrubia Vilchez B, Fernández Sánchez A, Vázquez Alonso F, et al. Metástasis suprarrenal metacrónica en dos pacientes sometidos a nefrectomía radical por carcinoma primario de células renales. Arch Esp Urol. 2006;59(8):779-84.