

Invaginación colónica por metástasis de carcinoma renal de células claras: reporte de un caso

Colonic intussusception secondary to metastatic renal clear cell carcinoma: a case report

Pablo M. Dalzotto¹, Ramón Coronil¹, Marcos Bonilha¹, Pablo Dezano², José Regina³, Fernando M. Ferraro¹, Adriana García^{1,3}

RESUMEN

El carcinoma de células claras es el tipo de tumor renal más observado en adultos. La enfermedad metastásica es relativamente frecuente en la presentación y habitualmente afecta el pulmón, el hueso, el cerebro, el hígado y las glándulas suprarrenales.

El colon es un sitio potencial, aunque poco común, para las metástasis de carcinoma renal de células claras.

Se presenta el caso de un hombre de 52 años con antecedente de carcinoma de células claras en riñón izquierdo tratado con nefrectomía parcial, que consultó por guardia por dolor y distensión abdominal. Se realizaron varios estudios por imágenes, y el cuadro se interpretó como invaginación intestinal, que luego fue confirmada en la cirugía. La anatomía patológica determinó como causante de la invaginación una lesión metastásica del carcinoma renal conocido.

Palabras clave: invaginación, metástasis colónica, carcinoma de células renales.

ABSTRACT

Clear cell carcinoma is the most common type of kidney tumour in adults. Metastatic disease is relatively common form of presentation and often affects lungs, bones, brain, liver and adrenal glands. The colon is a rare site for metastasis from renal clear cell carcinoma. We present the case of a 52-year-old man with a history of clear cell carcinoma in the left kidney treated with partial nephrectomy, who consulted for pain and abdominal distention. Several imaging studies were performed, and intestinal intussusception was considered, which was later confirmed by surgery. The pathological anatomy determined that a metastatic lesion of the known renal carcinoma was the cause of the intussusception.

Keywords: intussusception, colon metastasis, clear cell carcinoma.

Fronteras en Medicina 2018;13(4):238-240. DOI: 10.31954/RFEM/20184/0238-0240

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células claras es el tumor renal más común en adultos. La enfermedad metastásica es relativamente frecuente en la presentación y suele afectar el pulmón, el hueso, el cerebro, el hígado y las glándulas suprarrenales¹. El colon es un sitio potencial, aunque poco común, para metástasis de carcinoma renal de células claras².

1. Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Británico
2. Servicio de anatomía patológica, Hospital Británico
3. Servicio de Coloproctología, Hospital Británico de Buenos Aires, CABA.

Correspondencia: Dr. Pablo Miguel Dalzotto. Hospital Británico de Buenos Aires, Perdriel 74, C1280AEB CABA, Rep. Argentina. pabdaldalozotto@gmail.com; pdalzotto@hbritanico.com.ar

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 16/10/2018 | Aceptado: 20/12/2018

CASO CLÍNICO

Hombre de 52 años con antecedente de carcinoma de

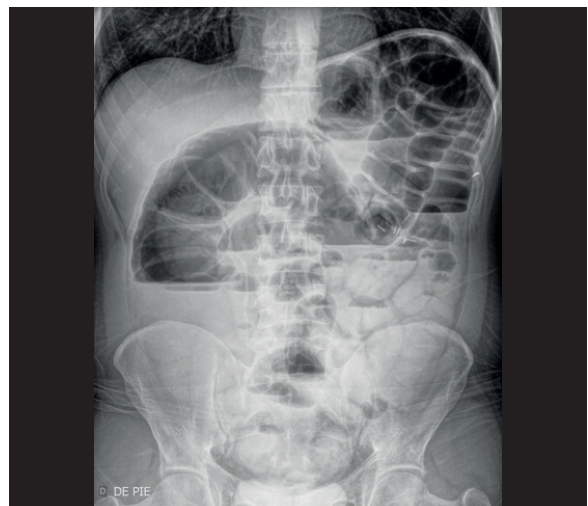


Figura 1. Radiografía de abdomen de pie. Se observa distensión del colon transverso y descendente con niveles hidroaéreos.

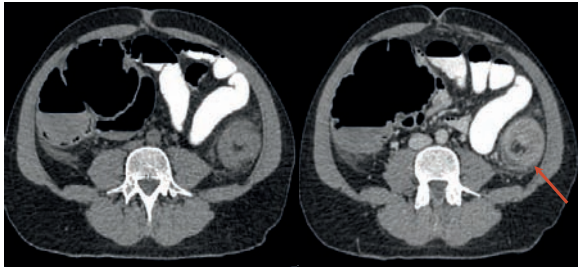


Figura 2. Tomografía computarizada de abdomen con contraste oral y endovenoso. Cortes axiales en fase sin contraste (A) y en fase portal (B), donde se observa engrosamiento parietal circunferencial en el colon descendente que genera disminución del calibre y distensión de los sectores proximales. La morfología del asa sugiere invaginación intestinal.

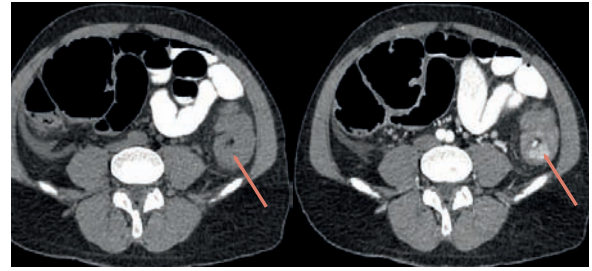


Figura 3. Cortes axiales de tomografía computarizada de abdomen con contraste oral y endovenoso. Se comparan el corte sin contraste endovenoso (A) y con contraste endovenoso (B) observándose una masa que realza en el interior de la luz colónica.



Figura 4. Reconstrucción coronal de tomografía computarizada de abdomen (A) y pieza quirúrgica de hemicolectomía izquierda (B). La pieza de anatomía patológica muestra una serosa lisa y congestiva.

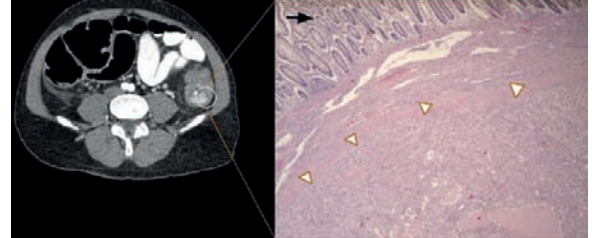


Figura 5. Preparado histopatológico, con tinción de hematoxilina-eosina con 40X. Se observa mucosa colónica normal (flecha) y submucosa ocupada por proliferación tumoral nodular visualizada parcialmente (cabezas de flecha).

Hombre de 52 años con antecedente de carcinoma de células claras en riñón izquierdo tratado con nefrectomía parcial. Consultó en guardia por vómitos, dolor abdominal y proctorragia. Se le realizó una radiografía de abdomen en un primer momento (**Figura 1**) y luego una tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso que mostró, a nivel de colon descendente, un engrosamiento parietal circunferencial con disminución de calibre y distensión de asas intestinales hacia proximal, sugestivo de invaginación intestinal (**Figuras 2, 3 y 4**).

El paciente se sometió a una cirugía de urgencia con hemicolectomía izquierda, que confirmó la invaginación. La histopatología detalló la presencia de metástasis de carcinoma renal de células claras (**Figuras 4 y 5**). El paciente evolucionó favorablemente.

DISCUSIÓN

Al momento del diagnóstico entre el 25 y el 30% de los carcinomas de células renales se presentan con metástasis asociadas³. Las más frecuentes se localizan en pulmones, huesos, hígado, cerebro y ganglios linfáti-

cos, aunque también pueden hallarse en sitios inusuales, como en tracto gastrointestinal, piel, ojos y lengua. Dentro de las metástasis al tracto gastrointestinal, las colónicas son las menos frecuentes.

Las neoplasias que más comúnmente metastatizan en el colon son el cáncer de mama, el de estómago y el melanoma.

Los cuadros de invaginación intestinal son diagnosticados generalmente por los hallazgos clínicos⁴. Por eso, esta patología debe considerarse en el contexto de una suboclusión intestinal inexplicada en pacientes con antecedentes oncológicos.

Las imágenes brindan información útil en el diagnóstico de esta patología. Dentro de las modalidades más usadas se encuentran las radiografías simples, la radioscopia y la ecografía. Sin embargo, el método radiológico más útil para confirmar la invaginación intestinal es la tomografía computarizada abdominal con contraste oral y endovenoso, ya que posee gran precisión y sensibilidad diagnóstica⁵. Además, proporciona información sobre la longitud y la localización del tracto gastrointestinal implicado, deterioro vascular y puede ayudar a la estadificación en casos de sospecha de malignidad. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección en la población adulta^{6,7}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bellio G, Cipolat Mis T, Kaso G, Dattola R, Casagranda B, Bortul M. Small bowel intussusception from renal cell carcinoma metastasis: a case report and review of the literature. *Journal of Medical Case Reports* 2016;10(1):222.
2. Vo E, Palacio CH, Omino R, Link RE, Sada Y, Avo A. Solitary colon metastasis from renal cell carcinoma nine years after nephrectomy: A case report. *Int J Surg Case Rep* 2016;27:55-8.
3. Berry A, Nakshabendi R, Kanar O, Cai W, Persaud M. Sigmoid Colonic Polyp as Initial Presentation of Metastatic Papillary Renal Cell Carcinoma. *Ochsner J* 2017;17(4):417-20.
4. Somma F, Faggian A, Serra N, et al. Bowel intussusceptions in adults: the role of imaging. *Radiol Med* 2015;120(1):105-17.
5. Milovic N, Lazic M, Aleksic P. Rare locations of metastatic renal cell carcinoma: a presentation of three cases. *Vojnosanit Pregl* 2013;70(9):881-6.
6. Marinis A, Yiallorou A, Samanides L, et al. Intussusception of the bowel in adults: a review. *World J Gastroenterol* 2009;15(4):407-11.
7. Lianos G, Xeropotamos N, Bali C, et al. Adult bowel intussusception: presentation, location, etiology, diagnosis and treatment. *G Chir* 2013;34:280-3.