



SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.
**GACETA MEXICANA
DE ONCOLOGÍA**

www.elsevier.es/gamo



CASO CLÍNICO

Metástasis auricular en carcinoma renal de células claras



Bernat de Pablo Márquez^{a,*}, Sara Cros Costa^b y Teresa Oliveras Vilà^c

^a Servicio de Urgencias, Hospital Universitari Mutua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^b Servicio de Oncología, Hospital General de Granollers, Granollers, Barcelona, España

^c Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Germans Trias y Pujol, Badalona, Barcelona, España

Recibido el 9 de marzo de 2015; aceptado el 31 de agosto de 2015

Disponible en Internet el 21 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Carcinoma renal
células claras;
Radiología;
Oncología;
Tumores cardíacos

KEYWORDS

Clear cell renal
carcinoma;
Radiology;
Oncology;
Cardiac tumors

Resumen Presentamos el caso de un paciente afectado por un carcinoma renal de células claras, que acudió a nuestro hospital por un cuadro de insuficiencia cardíaca derecha. Al realizar estudios, se evidenció una masa auricular sugestiva de metástasis. En los pacientes con carcinoma de células claras, la presencia de metástasis cardíaca sin afectación de la vena cava o sin evidencia de enfermedad diseminada es extremadamente rara, más aún como forma de presentación. Realizamos una revisión bibliográfica de los tumores cardíacos.

© 2015 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Atrial metastasis in clear-cell renal carcinoma

Abstract We report the case of a patient with clear cell carcinoma who consulted in our hospital presenting with signs of right cardiac failure. Studies revealed an atrial mass suggestive of metastasis. Cardiac metastasis with no caval involvement or without evidence of disseminated disease in patients with clear cell carcinoma is extremely infrequent. We present a review of the literature on cardiac tumors.

© 2015 Sociedad Mexicana de Oncología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Presentación del caso

* Autor para correspondencia. Pl Doctor Robert s/n, 08221 Terrassa, España. Teléfono: (+34) 93-736-50-50.

Correo electrónico: bernatdepablo@gmail.com
(B. de Pablo Márquez).

Paciente varón de 67 años de edad con carcinoma renal de células claras, sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador desde hace 7 años (dosis acumulada 25 paquetes/año). Como comorbilidades, el paciente presentaba

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2015.10.004>

1665-9201/© 2015 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

hipertensión, dislipidemia y EPOC moderada; había experimentado un episodio de fibrilación auricular revertida con amiodarona 13 años antes.

El paciente presentaba un carcinoma renal de células claras en estadio de Furham 3, que había sido tratado con nefrectomía izquierda 4 años antes, con estudio de extensión inicial negativo.

Seis meses atrás, se había diagnosticado progresión de la enfermedad con metástasis pulmonares, y adenopatías mediastínicas y retroperitoneales. Se inició tratamiento con sunitinib 50 mg con esquema de 4 semanas de tratamiento por 2 semanas de descanso con buena tolerancia.

Posteriormente, el paciente acudió al servicio de urgencias por edema de progresivo en extremidades inferiores, de 2 meses de evolución. Se solicitó TAC toracoabdominal de control que mostró un aumento en el número y las medidas de las metástasis pulmonares, y la aparición de metástasis en la aurícula derecha (fig. 1).

Con la orientación de metástasis auricular, se solicitó RMN cardíaca que mostró masa auricular derecha de 30 × 25 mm de dimensión en plano coronal, de carácter sesil, con amplia base de implantación en la región lateral de la pared libre auricular derecha. Asimismo, se detectó la presencia de derrame pericárdico difuso de grado ligero (fig. 2).

En vista de la progresión de la enfermedad, se decidió cambiar el tratamiento con sunitinib por sorafenib 400 mg/12 h al día. El paciente presentó una crisis hipertensiva a los 4 días de iniciado el tratamiento, por lo que se instauró tratamiento antihipertensivo con valsartán 80 mg/24 h e hidroclorotiazida 12,5 mg/24 h, y se suspendió sorafenib durante 15 días. Tras la estabilización de la tensión arterial se reinició el tratamiento con sorafenib 200 mg/12 h. Como otros efectos secundarios al tratamiento, el paciente presentó eritrodismesia palmoplantar grado I y mucositis intestinal grado I.

En la TAC de control, un año tras el inicio de tratamiento (fig. 3) se evidenció disminución del tamaño de las

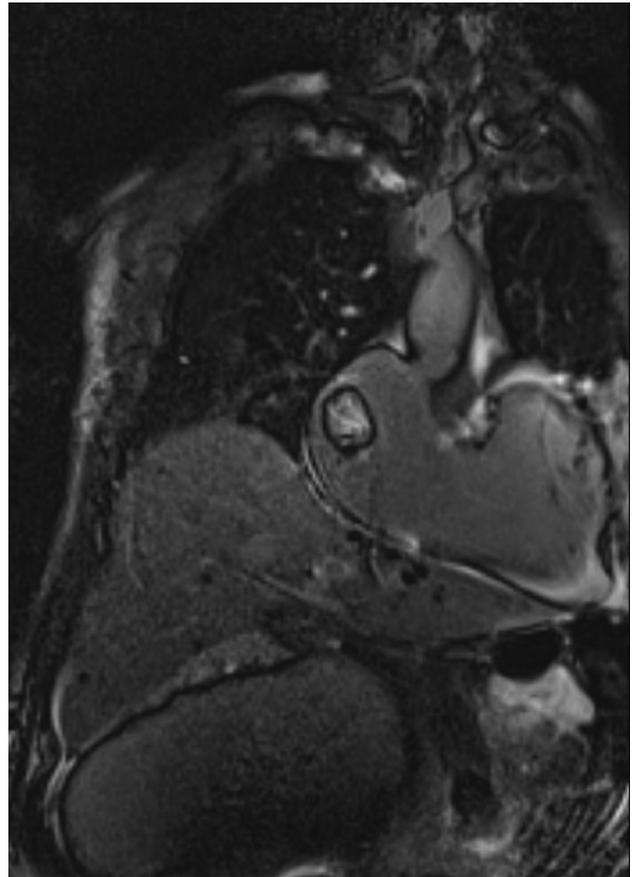


Figura 2 RMN cardíaca. Corte axial. Masa auricular derecha.

metástasis pulmonares y de la metástasis auricular. Las adenopatías se mantenían estables. Actualmente, el paciente presenta un intervalo libre de progresión de 19 meses (en el estudio de registro de sorafenib, la media es de 5,5 meses)¹.

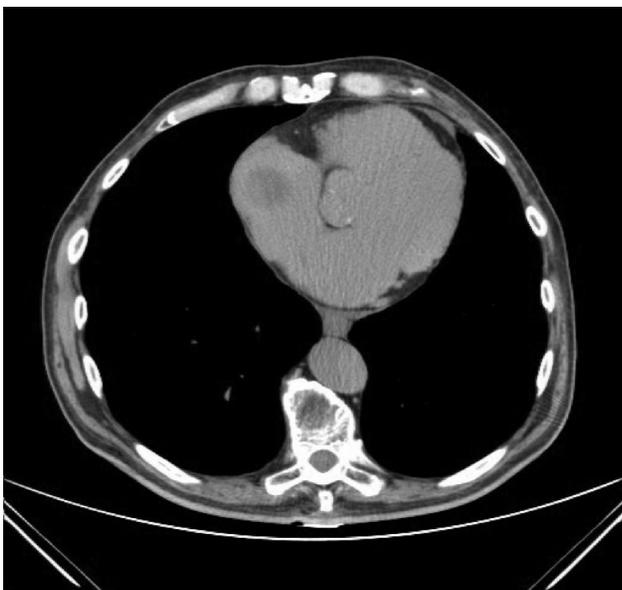


Figura 1 TAC torácica. Corte coronal. Imagen sugestiva de masa auricular derecha al diagnóstico.

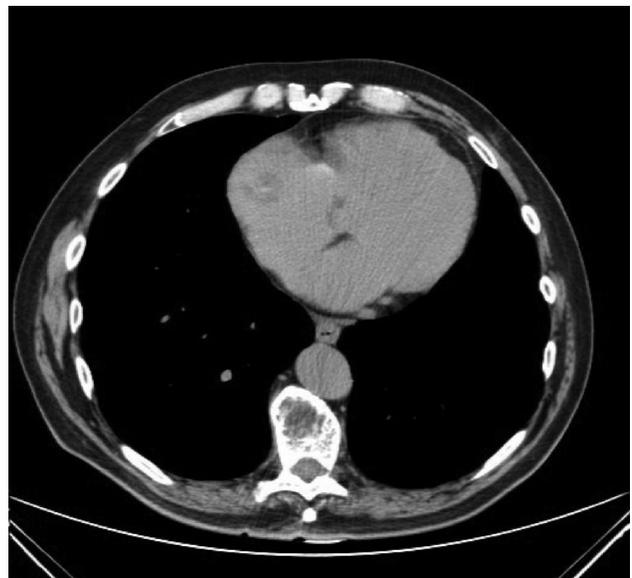


Figura 3 TAC torácica de control. Corte coronal. Masa auricular derecha. Disminución de tamaño con respecto a imagen previa.

Discusión

El carcinoma de células claras (CCC) se caracteriza por presentaciones clínicas paradójicas, y por diseminaciones metastásicas a sitios poco frecuentes. Se observa diferenciación sarcomatoide en aproximadamente un 5% de los casos^{2,3}. Las metástasis óseas y pulmonares son frecuentes, en tanto que la extensión a corazón es extremadamente rara. Las metástasis cardíacas suelen ocurrir por 2 mecanismos: el CCC avanzado que se extiende a través de la vena renal y la vena cava inferior en un 5-15%, y que llega a la aurícula derecha en aproximadamente un 1% de los pacientes, pudiendo obstruir el retorno venoso al corazón². El otro mecanismo consiste en un tumor primario que produce metástasis directamente al corazón, lo cual ocurre en un 10-20% de los pacientes que fallecen por CCC diseminado³. La presencia de metástasis sin afectación de la vena cava o sin evidencia de enfermedad diseminada es extremadamente rara, más aún como forma de presentación⁴.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Referencias

1. Escudier B, Eisen T, Stadler WM, Szczylik C, Oudard S, Siebels M, et al., TARGET Study Group. Sorafenib in advanced clear-cell renal-cell carcinoma. *N Engl J Med.* 2007;356:125-34.
2. Atik FA, Navia JL, Krishnamurthi V, Singh G, Shiota T, Pitas G, et al. Solitary massive right ventricular metastasis of renal cell carcinoma without inferior vena cava or right atrium involvement. *J Card Surg.* 2006;21:304-6.
3. Alghamdi A, Tam J. Cardiac metastasis from a renal cell carcinoma. *Can J Cardiol.* 2006;22:1231-2.
4. Gómez M, Arguis P, Solé M. Mujer de 49 años con una masa cardíaca. *Med Clin.* 2006;126:306-12.