

Tumor urotelial asociado a adenocarcinoma renal secundario a enfermedad renal quística adquirida

M. T. Calderón. N. R. Robles*. J. González Reymundo y E. Sánchez Casado*

Unidad de Hemodiálisis. Centro de Especialidades de Zafra. *Sección de Nefrología. Hospital Regional Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

Señor director:

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) condiciona en algunos pacientes la progresiva sustitución del parénquima renal atrófico por múltiples quistes, dando lugar a la denominada enfermedad renal quística adquirida (ERQA)¹⁻⁴. Su incidencia es variable, habiéndose encontrado una incidencia de hasta el 80,3% en pacientes que llevaban más de tres años en diálisis³.

La complicación más grave de la ERQA es la degeneración neoplásica (adenocarcinoma renal), con una incidencia muy variable¹⁻⁵. Sin embargo, el desarrollo de carcinoma de células transicionales en el seno de la ERQA es una eventualidad rara y solamente hemos encontrado cuatro casos parecidos en la literatura revisada⁶⁻⁹. Es por ello que hemos creído interesante describir un caso de carcinoma transicional grado II de vejiga urinaria asociado a un carcinoma renal en una enferma en programa de hemodiálisis (HD) afecta de ERQA.

Mujer de 61 años de edad, en programa de HD periódica en los últimos 5 años por IRCT de etiología no filiada. Tenía una historia de HTA conocida desde 8 años antes de ser vista por primera vez, en tratamiento con diuréticos. Ingresó en mayo de 1986 por trastornos digestivos, siendo diagnosticada de insuficiencia renal avanzada con riñones pequeños y esclerosos sin quistes, comenzando programa de HD periódica unos meses después.

En abril de 1989 se detecta en radiografía de tórax rutinaria un nódulo pulmonar en hemitórax izquierdo. Se practicó toracotomía con lobectomía superior y de llingula, diagnosticándose por anatomía patológica un adenocarcinoma mucoide de pulmón bien diferenciado. No se evidenciaron metástasis y posteriormente la paciente permaneció asintomática, salvo por episodios de tos seca irritativa.

En diciembre de 1990 se advierte por primera vez ecográficamente la presencia de ERQA. En 1991 presenta episodios de hematuria macroscópica asociada a síndrome miccional con urocultivo negativo, hallándose en la ecografía múltiples imágenes de litiasis asociadas a ERQA.

En febrero de 1992 presenta un nuevo brote de hematuria macroscópica con sintomatología de cólico nefrítico y expulsión de coágulos. Se realiza una nueva ecografía abdominal, mediante la cual se apreciaron unos riñones pequeños de contornos irregulares y atróficos, destacando en el riñón derecho imágenes de litiasis, quistes a nivel cortical y en el polo inferior de dicho riñón se evidenció una masa redondeada, bien delimitada, de casi 4 cm de diámetro, sugestiva de hipernefroma. La TC abdominal confirmó los hallazgos de la ecografía, destacando la masa sólida y heterogénea en polo inferior del riñón derecho con gran realce tras administración de contraste iodado i.v. No se evidenciaron adenopatías locorregionales ni invasión de la vena renal. La paciente rechazó la realización de nefrectomía.

En octubre de 1992, la paciente comienza con hematurias macroscópicas y dolor lumbar. Se realiza entonces cistoscopia, encontrándose implantes tumorales de aspecto papilar exocéfico que sangran abundantemente en cuello, fondo, cara lateral derecha y cúpula vesical. El estudio anatomopatológico confirma la existencia de un carcinoma papilar transicional grado II sin invasión de la muscular y con extensas áreas de necrosis, los cuales fueron extirpados mediante resección transuretral amplia (hasta grasa perivesical en algunas zonas).

Actualmente la enferma permanece en diálisis con un estado general bueno, presentando como únicas molestias hematurias ocasionales. No se ha detectado la presencia de metástasis tumorales hasta el momento.

Se ha sugerido que podría existir una cierta predisposición al desarrollo de neoplasias en los enfermos de IRCT¹⁰. Se han implicado diversos factores en la aparición de estos tumores: la inmunodepresión que

Correspondencia: Dr. N. R. Robles Pérez.

Apdo. 20054.

06080 Badajoz.

condiciona la propia uremia, el aumento de aminas carcinógenas en los enfermos urémicos, el paso de sustancias carcinógenas durante la diálisis (p.ej., nitrosaminas), entre otros.

La premalignidad de la ERQA está ampliamente documentada¹⁻⁹. La incidencia descrita de tumores renales asociados a la ERQA es variable, superando el 20% en algunas series⁵. El tipo de tumor más frecuentemente descrito es el carcinoma de células renales, que se piensa aparece como consecuencia de la hiperplasia atípica del epitelio cístico de revestimiento. A la inversa, el 80% de los carcinomas renales en pacientes en HD ocurrirían en aquellos con ERQA previa⁴. Aunque no dispongamos de estudio patológico, creemos que las características radiográficas del tumor son compatibles con el diagnóstico de adenocarcinoma renal. Al igual que ha sucedido en nuestro caso, la incidencia de metástasis de carcinoma renal parece ser baja⁵.

El desarrollo de un carcinoma urotelial como complicación de la ERQA es una eventualidad más rara y sólo han sido reportados 4 casos similares⁶⁻⁹. En tres de ellos la neoplasia era multifocal y se asociaba a carcinoma de células renales; en un cuarto caso⁹ no existía tumor renal, sino sólo una neoplasia urotelial asociada a la ERQA. Nuestro caso parece similar a los tres primeros: aparición de un tumor renal en un paciente con ERQA y asociación posterior de un carcinoma multifocal de células transicionales. Aunque podría pensarse que se trata de una asociación casual, es conveniente recordar que el adenocarcinoma renal se asocia a carcinomas uroteliales en el tracto urinario en un 20-40% de casos en la población general (no urémica) afectada por ellos¹¹.

El desarrollo de este último tipo de cáncer ha sido también descrito en enfermos en hemodiálisis por IRCT secundaria a nefropatía por analgésicos¹²; no obstante no haberse conocido la etiología de su insuficiencia renal, el cuidadoso interrogatorio de la paciente no permitió comprobar la ingesta excesiva de este tipo de fármacos previamente a su entrada en diálisis ni en su seguimiento posterior.

La ERQA debe considerarse, pues, como un estadio pretumoral que obliga al estudio periódico (al

menos una vez al año) con ecografía y/o TC abdominal de aquellos pacientes que superen los tres años de permanencia en diálisis y/o trasplante. En aquellos pacientes en que se detecten lesiones tumorales renales debería realizarse estudio de vías urinarias, puesto que existe también riesgo de aparición de carcinomas uroteliales.

Bibliografía

- Dunnill MS, Millard PR y Oliver D: Acquired cystic disease of the kidneys: a hazard of long term intermittent maintenance hemodialysis. *J Clin Pathol* 30:868-877, 1977.
- Covarsi A, Sánchez O, Marigliano N, Novillo R, García J y González JR: Enfermedad renal quística en diálisis. Estudio con ultrasonidos y TAC. *Nefrología* 12:45-49, 1992.
- Cubero JJ, Caravaca F, Ramos JL, Espárrago JF, Delgado D, Torrado JA, González Carpio R, Arrobas M, Pizarro JL y Sánchez Casado E: Estudio de la enfermedad renal quística adquirida en diálisis. *Rev SEDYT* 10:117-122, 1988.
- Matson MA y Cohen EP: Acquired cystic kidney disease: Occurrence, prevalence and renal cancers. *Medicine (Baltimore)* 69:217-226, 1990.
- Almirall J, Mallofre C, Campistol JM, Montoliu J, Andreu J y Ribalta T: Carcinoma renal como complicación de la enfermedad renal quística adquirida en pacientes sometidos a tratamiento con hemodiálisis periódica. *Med Clin (Barc)* 92:341-343, 1489.
- Chung-Park M, Ricanti E, Lankerani M y Kedia K: Acquired renal cysts and multiple renal cell and urothelial tumors. *Am J Clin Pathol* 79:238-242, 1983.
- Boom NA y Michael J: Multiple neoplasia in a patient on dialysis presenting with haematuria. *Br J Urol* 1984; 56:96-97, 1984.
- Banerjee SS, Harris M, Lupton EW y Ackrill P: Acquired cystic disease of kidneys with multiple renal and urothelial neoplasms. *J Clin Pathol* 38:864-867, 1985.
- Rahilly MA, Jenkins DAS y Carey FA: Urothelial neoplasia complicating acquired cystic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 7:1136-1138, 1992.
- Robles NR, Calero R y Valderrábano F: Diálisis y cáncer. *Nefrología* 10:4-9, 1990.
- Porter KA: Tumours of the kidney and renal complications of extrarenal cancer. En: *Systemic Pathology: The Kidneys*. KA Porter (Ed). Edimburgo. Churchill-Livingstone, pp. 569-624, 1992.
- Jacobs C, Brunner P, Brynger H, Chantler C, Donckerwolcke RA, Hathway RA, Kramer P, Selwood NH y Wing AJ: Malignant diseases in patients treated by dialysis and transplantation in Europe. *Transplant Proc* 13:729-732, 1981.