

Metástasis palpebral de carcinoma renal de células claras. A propósito de un caso

Palpebral metastasis caused by clear cells renal carcinoma. A case presentation

Julio César Pérez Suárez^I; Boris Alfonso Guillén^{II}; Yamilé León Rodríguez^{III}

^I Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Instructor. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Oftalmología y Medicina General Integral. Instructor. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Asistente. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Los párpados están constituidos por diferentes tipos de tejidos, de los cuales pueden desarrollarse diversos tipos histológicos de neoplasias. Se presentó un hombre de 70 años de edad, operado hace 5 años para extirparle un tumor renal, 2 años después, el tumor metastiza al cerebro. Posteriormente, el paciente es ingresado en este hospital y se le realizó exéresis al nivel del borde del párpado izquierdo para eliminar la ptosis mecánica que el tumor le producía y mejorar la visión. El estudio histológico informa un origen renal del tumor.

Palabras clave: Metástasis palpebral, carcinoma renal.

ABSTRACT

Eyelids are formed by different types of tissue, from which may be developed many histological types of neoplasia. Authors present the case of a man aged 70, operated on five years ago to excise a renal tumor two years later which metastasizes the brain. Subsequently, patient is admitted in our hospital for

exeresis at left eyelid level to eliminate mechanical ptosis provoked by tumor and to improve vision. Histological study reports a renal origin of tumor.

Key words: Palpebral metastasis, renal carcinoma.

INTRODUCCIÓN

Los párpados son pliegues musculomembranosos, situados delante de la base de la órbita, que cubren una parte más o menos considerable del globo ocular. Constituyen la segunda localización más frecuentemente afectada por tumores metastásicos dentro de los anexos oculares, después de la conjuntiva.

Los tumores metastásicos en párpados aunque muy infrecuentes, deben tenerse presentes, sobre todo en pacientes con antecedentes de enfermedad neoplásica maligna.^{1,2}

Caso clínico

Paciente masculino de la raza blanca de 70 años de edad con antecedentes de nefrectomía hace 5 años por presentar tumor renal derecho y lobectomía por tumor cerebral hace 2 años en otras instituciones (la estirpe celular de dichas lesiones se desconocía y no se recogía en la documentación presentada por el paciente).

En septiembre del 2007 comienza a presentar aumento de volumen del párpado superior izquierdo, que fue interpretado como un chalazion, el cual fue drenado quirúrgicamente. En diciembre del mismo año comienza a notar una lesión tumoral de crecimiento rápido en el borde palpebral del mismo ojo, que le produce una ptosis mecánica y dificultad para la visión por lo cual acude a consulta.

Son signos positivos a la exploración oftalmológica de los anexos: lesión tumoral párpado superior izquierdo al nivel del borde superior de 3 cm de diámetro, friable, sangrante y ulcerada en su región central. Ptosis mecánica de dicho párpado ([fig. 1](#)). El globo ocular estaba conservado. La agudeza visual fue OD 0,7 csc, OI 0,6 csc. En el resto de la exploración física no existían elementos a destacar.



Fig. 1. Paciente masculino con lesión tumoral sésil y exofítica de 3 cm al nivel del párpado superior, de superficie ulcerada que sangra con facilidad e impide la abertura del párpado.

Los estudios de imágenes aportaron información adicional. Los rayos x de cráneo evidenciaron masa con densidad de partes blandas, en proyección de la porción anterior de la órbita izquierda que mide 44 x 26 x 28 mm. Área de craneotomía con grapas metálicas en lóbulo frontal izquierdo. Mientras en las imágenes por resonancia magnética (IRM) de cráneo y órbita los cortes axiales en FLAIR evidenciaron imagen isointensa en párpado izquierdo que mide 36 x 39 x 20 mm, que se comporta isointensa en los cortes coronales y axiales en T1 y en los sagitales en T2; y además se observan imágenes hiperintensas periventriculares en región frontal de aspecto vascular.

Se realizó biopsia aspirativa con aguja fina de la lesión palpebral que proporcionó resultado positivo de células neoplásicas. En el extendido celular se observan nidos de células epiteliales tridimensionales de citoplasma claro, núcleos hipercrómicos de fondo hemorrágico. El aspecto citopatológico se corresponde con un carcinoma de células renales. Se recomendó la exéresis del tumor.

Se recibe fragmento de tejido de 4 x 3,5 x 3 cm que se eleva de la superficie 3 cm, de color pardo amarillento, superficie ulcerada y blanda.

En los cortes histológicos se observa lesión de estirpe epitelial maligna al nivel de la dermis, constituida por células de citoplasma claro de bordes bien definidos, núcleos hiper cromáticos, mitosis escasa, muy vascularizada, con abundante necrosis de coagulación y elementos inflamatorios asociados. No tumor en los bordes de sección quirúrgica. El aspecto histopatológico se corresponde con la metástasis de un carcinoma de células claras de riñón ([fig. 2](#)).

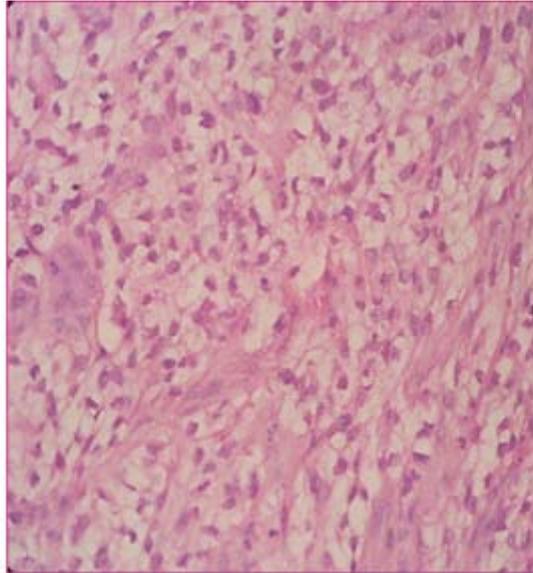


Fig. 2. H/E x 400. Lesión neoplásica maligna con patrón acinar compuesto por células con citoplasma claro y red vascular delicada.

Por lo que se decide realizar tratamiento quirúrgico con exéresis del tumor, plastia de Limberg y tarsorrafia temporal. Que se logra de modo satisfactorio.

Comentarios

La diversidad de tejidos que conforman los párpados es muy variada, por ende, lo son también los diferentes tipos histológicos de las neoplasias que se pueden desarrollar en dicha estructura. Estas en su mayoría guardan similitud con los tumores encontrados en otras localizaciones de la piel expuestas a la luz solar. Los más frecuentes son los tumores primarios malignos de estirpe epitelial.¹⁻³

El sexo más frecuentemente afectado es el femenino. Se reportan casos en todos los grupos etáreos, con un promedio de 69 años. El origen según órgano y orden de frecuencia son las mamas, piel, tracto urinario y el aparato gastrointestinal. En las mujeres es más frecuente el cáncer de mama, mientras que en el hombre es el cáncer de pulmón.¹⁻⁵

Desde el punto de vista clínico es necesario diferenciarlos de otras afecciones como son el chalazion, los quistes, los granulomas y los xantelasmas, que constituyen causa frecuente de error diagnóstico.¹⁻⁶

El carcinoma de células renales representa el 2 % de todas las neoplasias malignas, su mayor incidencia es en hombres, entre los 40 y 70 años de edad en países industrializados. Entre los principales factores de riesgo se reportan el tabaco, desechos industriales (asbesto, cadmio, solventes), obesidad e hipercolesterolemia, además de factores genéticos, entre otros. Son tumores de alta agresividad que metastizan en estadios precoces.

El carcinoma renal de células claras representa el 70 % de todas las neoplasias malignas derivadas del epitelio de los túbulos renales.

Histológicamente pueden mostrar diferentes patrones, como: sólido, quístico, papilar, acinar o sarcomatoide. Las células tienen un aspecto vegetaloides, con una membrana citoplasmática bien remarcada. El color del citoplasma de las células puede ser claro o eosinofílico. Las características del núcleo varían según el grado histológico, en los de grado I son más pequeños y con una cromatina más compacta y sin nucleolo visible, hasta bien grandes, pleomórficos y con nucleolo visible en los de grado nuclear IV. Algo característico es el patrón de red vascular delicada que se observa en esta lesión.^{1,6,7}

Desde el punto de vista histológico se debe realizar el diagnóstico diferencial con otros tumores primarios y metastásicos de células claras por ejemplo: adenocarcinoma de glándulas sebáceas, carcinoma escamoso de células claras, melanoma amelanótico de células claras y el mioblastoma de células granulares.^{1,8}

En este paciente se definió el origen metastásico de la lesión palpebral que motivó la consulta, lo que sin dudas debe estar relacionado con la nefrectomía previa por "tumor" referida en los antecedentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mclean IW, Burnier MN, Zimmerman LE, Jacobiec FA. Atlas of Pathology Tumors of the Eye and Ocular Adnexa. AFIP Washinton DC, 1994.
2. Schwartz RA. Histopathologic aspects of cutaneous metastatic disease. J Am Acad Dermatol. 1995;33:649-57.
3. Wallace ML, Smoller BR. Immunohistochemistry in diagnostic dermatopathology. J Am Acad Dermatol. 1996;34:163-83.
4. Kurli M, Finger PT, Schneider S, Tena LB. Eyelid-sparing adjuvant radiation therapy for renal cell carcinoma. Ophthalmologica. 2006;220(3):198-200.
5. Tailor R, Inkster C, Hanson I, Shackley DC, Smyth K. Metastatic renal cell carcinoma presenting as a chalazion. Eye. 2007 Apr;21(4):564-5.
6. Eyelid-sparing adjuvant radiation therapy for renal cell carcinoma. Ophthalmologica. 2006;220(3):198-200.
7. Imamura S, Murakami Y. Secondary malignant tumors of the temporal bone. A histopathologic study and review of the world literature. Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho. 1991 Jul;94(7):924-37. Japanese.
8. Enzinger FM, Weiss SW. Soft Tissue Tumours. 3ra. ed. Mosby, 1998.

Recibido: 9 de febrero de 2009.
Aprobado: 17 de abril de 2009.

Dr. *Julio César Pérez Suárez*. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras",
San Lázaro No. 701 entre Belascoaín y Marqués González, Centro Habana, Ciudad
de La Habana, Cuba.