

CASOS CLÍNICOS

Metástasis vaginales múltiples de adenocarcinoma renal

E. González-Díaz^a, S. Argüelles^a, S. Salas^b y J.L. Hernández-Rodríguez^a

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de León. León. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de León. León. España.

ABSTRACT

Vaginal metastases are rare phenomena, but they are the most common type of vaginal tumor. Vaginal metastases of a renal adenocarcinoma usually appear as single polypoid mass in the lower third of the anterior vaginal wall. The mechanism which best explains this type of metastases is based on retrograde venous flow of tumour cells from the left renal vein to the left ovarian vein, the ovarian plexus and the uterovaginal plexus. Differential diagnosis should be made with primary clear-cell adenocarcinoma and vaginal melanoma. Immunohistochemistry may be a useful tool.

INTRODUCCIÓN

Los tumores vaginales representan el 1-2% de todos los tumores ginecológicos, y dentro de éstos los metastásicos constituyen el grupo más frecuente^{1,2}, por lo que un posible origen extravaginal siempre debe considerarse en la evaluación de una neoplasia vaginal³⁻⁵. Presentamos el caso de una paciente con síntomas ginecológicos como consecuencia de una metástasis vaginal múltiple de un carcinoma renal previamente diagnosticado.

CASO CLÍNICO

Mujer de 54 años que acude a urgencias por episodios de metrorragias posmenopáusicas de varios meses de evolución. La paciente, el año previo, había sido diagnosticada clínicamente en otro centro, tras un síndrome constitucional, de un carcinoma renal izquierdo con metástasis pulmonares «en suelta de globos», y en la actualidad se encuentra en tratamiento paliativo con megestrol. Entre los antecedentes personales destaca: tuberculosis pulmonar, diabetes mellitus tipo 2, histeroscopia por pólipos y una cesárea.

 Aceptado para su publicación el 8 de enero de 2004.

Fig. 1. Tumoración con áreas hemorrágicas en el corte.

Fig. 2. Tumoración constituida por células claras, que en la superficie muestra mucosa vaginal (hematoxilina-eosina, 10).

La exploración ginecológica revela una formación de 6 x 6 cm, pediculada, erosionada y sangrante, dependiente de la cara posterior de fondo del saco vaginal que asoma por el introito. Además se visualizan 2 tumoraciones polipoideas en la cara anterior de la vagina de 2 x 2 y 0,5 x 1 cm. El cuello uterino está macroscópicamente sano.

Fig. 3. Detalle de la tumoración con intensa positividad para vimentina (tinción inmunohistoquímica para vimentina, 20).

La paciente es ingresada y, tras valoración por el servicio de anestesia y endocrinología, se le extirpan quirúrgicamente las tumoraciones vaginales para estudio anatomopatológico (figs. 1, 2 y 3) que muestra una tumoración que ulcera la mucosa vaginal, constituida por células de núcleos monomorfos y citoplasma ópticamente claro. El estroma tumoral es marcadamente vascular. Con tinciones especiales las células tumorales muestran positividad para vimentina (+++), queratina (+ focal), y CD-10 (+++). Las tinciones para HMB-45, S-100, Melán A y Masson Fontana son negativas. El diagnóstico es de metástasis vaginal de carcinoma de células renales. El postoperatorio transcurrió con normalidad, y la paciente fue dada de alta a los 2 días.

Posteriormente se le realiza una resonancia magnética (RM) pelviana, y se observó una masa en el tercio inferior de la vagina y la región vulvar, que desplaza la uretra, y probablemente la infiltra. La masa se extiende por el plano graso adyacente, que se extiende hasta la rama isquiopubiana. No se observan adenopatías en cadenas pelvianas ni inguinales.

DISCUSIÓN

Los tumores más frecuentes en la vagina son las metástasis, cuyo origen más frecuente es el cérvix, seguido del endometrio, el colon y el recto^{1,2}. El adenocarcinoma renal es una neoplasia con múltiples variantes clínicas como forma de presentación. Hasta en un 30% de los pacientes se encuentran metástasis en el momento del diagnóstico. La localización más frecuente es el pulmón, seguida de los ganglios linfáticos, el hueso, el riñón contralateral, las glándulas su-

prarrenales y el hígado. Entre un 1,6 y un 3,6% de los casos presentan metástasis vaginales solitarias al diagnóstico³.

Las metástasis vaginales del adenocarcinoma renal son un fenómeno raro. Hoffman et al fue el primero que en 1907 informó de un caso en una paciente de 60 años, y desde entonces, de acuerdo con Tarraza et al, en la literatura médica hasta principios de los noventa se han recogido 71 casos⁶. La edad media de presentación es de 50 años, y la paciente más joven diagnosticada es de 14 años, y la mayor, de 79 años. Las pacientes típicamente presentan sangrados vaginales intermitentes o poscoitales como síntoma inicial. El tamaño de las lesiones suele ser de entre 0,5 y 7 cm de diámetro^{2,3,6}. Alrededor del 70-80% de las metástasis vaginales se han relacionado con un tumor primario en el riñón izquierdo. Por otra parte, el 60% de las metástasis genitales de neoplasias renales tienen su origen en el riñón izquierdo. La lesión usualmente se presenta como una masa polipoidea única en el tercio inferior y pared anterior de la vagina, próxima al meato urinario o en el mismo lado que el riñón afectado^{3,4,7}. El hecho de encontrar más de una lesión en la vagina es excepcional³.

El mecanismo que mejor explica este tipo de metástasis fue propuesto por Mulcahy, y se basa en el flujo venoso retrógrado de células tumorales desde la vena renal izquierda a la vena ovárica izquierda, plexo ovárico y plexo ureterovaginal. Esto explicaría que los tumores de riñón derecho metastaticen con menor frecuencia por esta vía, dado que la vena ovárica derecha drena directamente a la cava^{3,5-7}.

El diagnóstico diferencial de estas lesiones debe hacerse con el adenocarcinoma primario de células claras de vagina, que se asocia a menudo con la exposición intraútero a dietilestilbestrol; se encuentra más frecuentemente en mujeres adolescentes y, aunque puede hallarse en cualquier localización de la vagina, tiene predilección por el tercio inferior y la pared anterior^{3,7}. Otro tumor que se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial sería el melanoma vaginal, tanto primario como metastásico. La inmunohistoquímica puede ser útil en el diagnóstico diferencial de ambos tumores, y el melanoma muestra positividad para S-100 y HMB-45, y es negativo para las queratinas. Aun en ausencia de síntomas urológicos, se recomienda el estudio renal previo al diagnóstico firme de tumor vaginal primario³⁻⁵.

La diferencia entre las metástasis vaginales de tumor renal y la neoplasia vaginal primaria no es fácil, y se deben valorar los antecedentes de toma de DES, así como la presencia de tumor primario de otra localización. Histológicamente, hay que buscar los patro-

nes característicos de células claras o en «tachuela», y ultraestructuralmente el adenocarcinoma renal presenta cuerpos lipídicos citoplasmáticos y células con numerosos microvilllis en borde en cepillo, características que no se encuentran en el adenocarcinoma mesonéfrico primario del tracto genital femenino^{3,4}.

El factor pronóstico más importante en estas pacientes con metástasis vaginales es la ausencia de enfermedad metastásica en otras localizaciones⁶; el pronóstico cuando existen metástasis múltiples es desfavorable, con una supervivencia a los 5 años inferior al 8-10%³. La supervivencia media en pacientes con metástasis pulmonares al diagnóstico es de 6 meses. En los casos con metástasis única vaginal es posible realizar un tratamiento quirúrgico de ésta.

RESUMEN

Las metástasis vaginales son un fenómeno raro, pero constituyen el grupo mayoritario de tumores de la vagina. Las metástasis vaginales del adenocarcinoma renal usualmente se presentan como una masa polipoidea única en el tercio inferior y la pared anterior de la vagina. El mecanismo que mejor explica este tipo de metástasis se basa en el flujo venoso retrógrado de células tumorales desde la vena renal izquierda a la vena ovárica izquierda, el plexo ovárico y el ple-

xo ureterovaginal. El diagnóstico diferencial debe hacerse con el adenocarcinoma primario de células claras y el melanoma de vagina, y para ello la inmunohistoquímica es una herramienta muy útil.

BIBLIOGRAFÍA

1. López García N, Hernández Sánchez A, et al. Patología tumoral de la vulva y de la vagina. Carcinoma de vulva. Otros tumores malignos de la vulva. Cáncer de vagina. En: Cabero Roura L, editor. Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Madrid: Panamericana, 2003; p. 1527-37.
2. Schmidt WA. Pathology of the vagina. En: Haines, Taylor, editors. Obstetrical and gynaecological pathology. 4th ed. 1995; p. 135-224.
3. Torné A, Pahisa J, Castelo-Branco C, Fabregues F, Mallofre C, Iglesias X. Solitary vaginal metastasis as a presenting form of unsuspected renal adenocarcinoma. *Gynecol Oncol* 1994;52:260-3.
4. Boutros T, Bouyounes BT, Bihrlé W. Renal cell carcinoma presenting as vaginal bleeding. *J Urol* 1998;160:1797.
5. Abraham R, Thomas DR, Foster MC. Vaginal bleeding as a presentation of metastatic renal cell carcinoma. *BJU Int* 1999;84:384-5.
6. Tarraza HM Jr, Meltzer SE, DeCain M, Jones MA. Vaginal metastases from renal cell carcinoma: report of four cases and review of the literature. *Eur J Gynaecol Oncol* 1998;19:14-8.
7. Queiroz C, Bacchi CE, Oliveira C, Carvalho M, Santos DR. Cytologic diagnosis of vaginal metastasis from renal cell carcinoma. A case report. *Acta Cytol* 1999;43:1098-100.