

Metástasis oral de carcinoma de células renales. A propósito de un caso y revisión de la literatura

Oral metastasis of renal cell carcinoma. A Case report and literature review

Metástase oral de carcinoma de células renais. Relato de um caso e revisão da literatura

Florencia Santerini Baez¹,  0000-0003-3537-8305

Elizabeth Pedreira Collazo²,  0000-0002-1680-2337



DOI: 10.22592/ode2022n39e408

Resumen

Los tumores metastásicos en cavidad oral son pocos frecuentes, representan el 1% de las neoplasias malignas orales, son relativamente más frecuentes en los maxilares, respecto a aquellos localizados en los tejidos blandos orales.

Se describe el caso de una paciente de 75 años de edad, con antecedentes de carcinoma renal de células claras, que consulta por la aparición repentina de una lesión tumoral en reborde alveolar superior izquierdo. Se realizó la biopsia exéresis con diagnóstico presuntivo de tumor metastásico o posible lesión reactiva. El informe anátomo - patológico confirma el diagnóstico de metástasis de un carcinoma renal.

Las metástasis orales tienen un pronóstico generalmente malo, compromete la sobrevida, por lo que es importante realizar un exhaustivo estudio del paciente y considerar sus antecedentes, ya que en ocasiones son diagnosticadas tardíamente.

Palabras clave: Metástasis oral, carcinoma de células renales, mucosa oral.

¹Asistente Gr. 2. Cátedra de Patología, Semiología BMF y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología. Universidad de la República. Uruguay. Prof. Adjunto Gr3 Departamento de Odontología del Hospital de Clínicas. Especialista en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial. florsante@gmail.com

²Profesor Adjunto Gr. 3. Cátedra de Patología, Semiología BMF y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología. Universidad de la República. Uruguay. Especialista en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial

Fecha de recibido: 22/03/2021 - Fecha de aprobado: 16/12/2021

Abstract

Metastatic tumors in the oral cavity are rare, representing only 1% of oral malignancies. These metastatic tumors occur more frequently in the jaws, compared to those located in soft tissues. In this article, a case of a 75-year-old patient with a history of clear cell renal carcinoma, is described, that consulted because of a sudden appearance of a tumor lesion in the upper left alveolar ridge. Biopsy was performed with a presumptive diagnosis of metastatic tumor or possible reactive lesion.

Oral metastatic tumors usually present a bad prognosis with a low survival rate. It is important to perform a thorough study of the patient, keeping present their past medical record, as they are sometimes lately diagnosed.

Keywords: Oral metastasis, renal cell carcinoma, oral mucosa.

Resumo

Os tumores metastásicos na cavidade oral são raros, representam 1% das neoplasias malignas orais, sendo relativamente mais frequentes nos ossos maxilares enquanto aos localizados nos tecidos moles orais.

Descreve-se o caso de uma mulher de 75 anos com história de carcinoma renal de células claras, que consultou com queixa de lesão tumoral localizada na crista alveolar superior esquerda. Uma biópsia foi feita com diagnóstico clínico presuntivo de tumor metastático ou possível lesão reativa. O laudo anátomopatológico confirmou o diagnóstico de metástase de carcinoma renal.

As metástases orais geralmente têm um prognóstico ruim, com baixa sobrevivência, portanto é importante fazer um estudo exaustivo do paciente e tomar em conta sua história, já que às vezes o diagnóstico é tardio.

Palavras-chave: Metástase oral, carcinoma de células renais, mucosa oral.

Introducción

La ocurrencia de metástasis de carcinoma renal en la región de cabeza y cuello es infrecuente. La literatura muestra casos de metástasis tardía, incluso décadas después de la exéresis quirúrgica del tumor primario. La nariz y senos paranasales son los más afectados, seguidos de la cavidad oral ⁽¹⁾.

Los maxilares y tejidos blandos de la cavidad oral son sitios poco frecuentes para la diseminación metastásica, solamente alrededor del 1% de las neoplasias malignas orales son atribuidas a metástasis ⁽²⁾. Debido a su rareza y a la importancia de la detección temprana, el diagnóstico de estas metástasis

es desafiante y debe considerarse el diagnóstico diferencial con lesiones inflamatorias y reactivas benignas orales y tumores malignos primarios ⁽³⁻⁷⁾.

Dada las diferencias en la presentación, el sitio de origen y la probable patogénesis, las lesiones orales metastásicas son divididas en metástasis mucosas y de los maxilares ⁽⁵⁾.

Las metástasis en los maxilares son dos veces más frecuentes que aquellas localizadas en los tejidos blandos orales ^(6,8). Dentro de los maxilares, la mandíbula es la más comúnmente involucrada, el área molar, seguida del área premolar y la región ángulo-rama son las zonas más afectadas ^(4,6,8).

En los tejidos blandos orales, la encía es el

sitio más involucrado (60%), seguido por la lengua (18%) ⁽⁵⁻⁸⁾. Casi cualquier tumor maligno puede hacer metástasis en la cavidad oral. El origen de las lesiones metastásicas difiere entre los géneros. Para los hombres, los sitios primarios más comunes son pulmón, riñón, hígado y próstata, y para las mujeres mama, útero, ovario, riñón y recto. Algunos tumores prefieren los maxilares como objetivo metastásico, como el cáncer de próstata y el de mama ⁽⁶⁾.

El pronóstico de un paciente con metástasis oral es generalmente malo, con una tasa de supervivencia promedio de siete meses ⁽⁹⁾. Las opciones de tratamiento en la mayoría de los casos incluyen resección quirúrgica, a veces combinada con radioterapia y/o quimioterapia. Como las metástasis orales resultan de una enfermedad generalizada, las opciones de tratamiento a veces se limitan a medidas paliativas dirigidas a mejorar la calidad de vida, a favorecer la alimentación y la permeabilidad de la vía aérea ⁽⁹⁾.

Descripción del caso clínico

Paciente de sexo femenino, 75 años, jubilada de profesora de piano proveniente del Departamento de Cerro Largo, Uruguay. Es derivada a la Cátedra de Patología, Semiología BMF y Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UdelaR, por una lesión tumoral en sector anterosuperior del maxilar de una semana de evolución.

La anamnesis revela que la paciente comenzó hace 12 días con sangrado gingival sin origen aparente y asintomática. Consultó con odontólogo, quien indicó amoxicilina 875 mg, ácido clavulánico 125 mg, cada 8 horas durante 6 días, no observándose respuesta.

Posteriormente, refiere aparición del tumor que aumentó de volumen significativamente en los últimos 6 días, indoloro, con intensa hemorragia impide el uso de prótesis parcial removible superior. Al momento de la consulta en el Servicio se constata una lesión tumoral en región del 2.2, sangrante y asintomática. De los antecedentes médicos, se destaca que la paciente es diabética tipo II controlada con dieta e hipoglucemiantes orales, glibenclamida 5 mg y metformina clorhidrato 850 mg, relata acalasia diagnosticada hace 4 años. Presenta una arritmia cardíaca, por lo que es portadora de marcapasos desde hace 4 años. Posee atrofia de la válvula cardíaca izquierda en espera de una cirugía valvular. Tiene historia de nefrectomía total derecha, hace dos años, la cual fue realizada como único tratamiento, sin presentar al momento de la consulta el informe de la histopatología y manifiesta no conocer la naturaleza de la lesión renal que dio origen a dicho tratamiento. No reporta consumo de tabaco, alcohol o drogas.

Al examen general la paciente es ambulatoria, obesa, con dificultad en la marcha, caminar lento y concurre acompañada por su hijo. Bien orientada, lúcida y cooperadora.

Al examen extraoral presenta una asimetría facial dada por deformación del hemilabio superior izquierdo, desplazado por la tumoración subyacente, lo que impide una correcta competencia labial, donde se esboza en la hendidura bucal una tumoración parduzca. No se palpan adenomegalias.

Al examen local, se aprecia parcialmente desdentada superior e inferior. Se observa una tumoración localizada en reborde alveolar maxilar izquierdo, que involucra desde la pieza 2.1 a la 2.3, se extiende en sentido vestíbulo-palatino, desde 1 cm por

dentro del fondo de surco hasta 1 cm de la mucosa palatina. Hay ausencia clínica de pieza 2.2. La lesión tiene límites definidos de 3 cm aproximadamente, cubre parcialmente las coronas de las piezas adyacentes, de forma oval, superficie irregular, lobulada,

bordes nítidos, consistencia firme, de color rojo intenso con áreas más violáceas y otras blanco amarillentas, sangrante, implantación sésil, indolora. También se observa movilidad grado 2 de piezas 2.1 y 2.3 (figura 1 y 2).

Figura 1: Vista intraoral frontal de tumor gingival del lado izquierdo



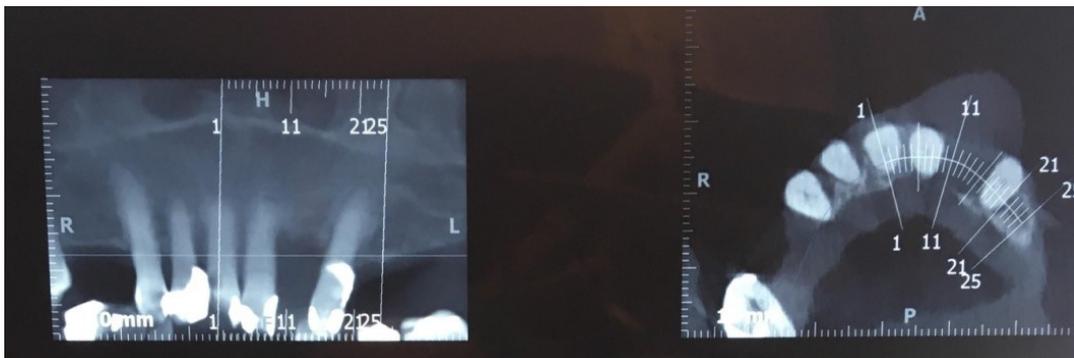
Figura 2: Vista oclusal de la misma lesión

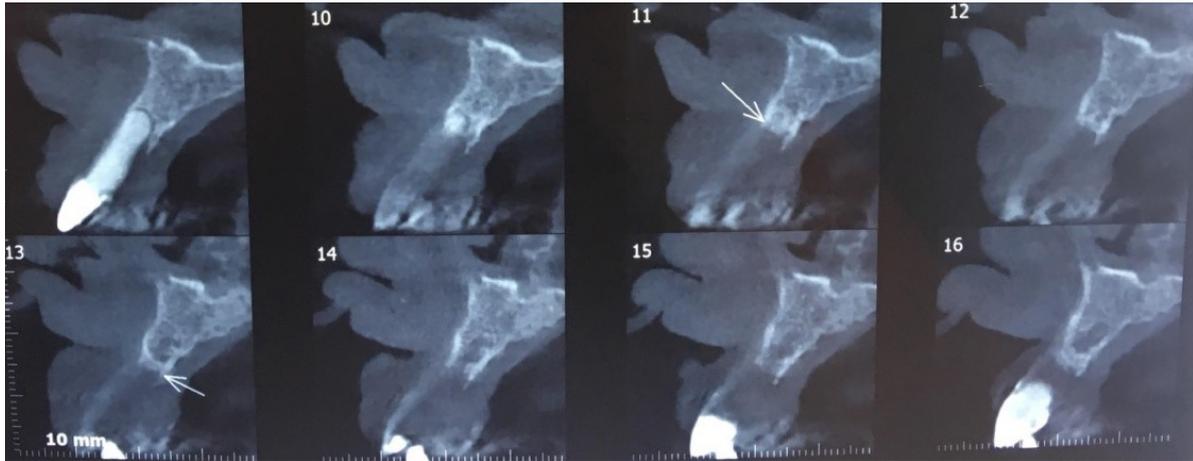


Se plantea como primera hipótesis diagnóstica una lesión inflamatoria reactiva, posible granuloma periférico a células gigantes. Se solicita imagen de tomografía computada para valorar el hueso subyacente,

presencia o no de reabsorción ósea o de lesión central. La imagen muestra ausencia de pieza 2.2, enfermedad periodontal crónica, sin alteraciones óseas en el hueso asociado a la lesión a biopsiar (fig. 3).

Figura 3: microtomografía. Se constata ausencia de p. 2.2. Sin alteración ósea.





Por los antecedentes médicos personales se plantea como diagnóstico diferencial una metástasis renal.

Se solicita a la paciente que concurra a la próxima consulta con informe histopatológico de la nefrectomía realizada y coordinar para la semana siguiente la biopsia incisional de la lesión oral. En esta segunda consulta, clínicamente se constata en la lesión

un aumento de volumen considerable (fig. 4 y 5). El resultado histopatológico de la nefrectomía realizada fue de carcinoma renal de células claras.

A causa de la velocidad de crecimiento constatada en una semana y el diagnóstico de la lesión renal previa, se plantea, previo a la biopsia, un diagnóstico presuntivo de metástasis renal.

Figura 4: vista oclusal



Figura 5: vista frontal



Durante el procedimiento de la biopsia incisional, se decide realizar cambio de táctica a exéresis de toda la lesión clínicamente visible, con el objetivo de controlar la hemorragia intraoperatoria y

conseguir una correcta hemostasis. Se realizan además las exodoncias de las piezas 2.1 y 2.3 con el mismo fin. (fig. 6 y 7)

Figura 6: exéresis de tumor y exodoncia de p. 2.1 y 2.3.



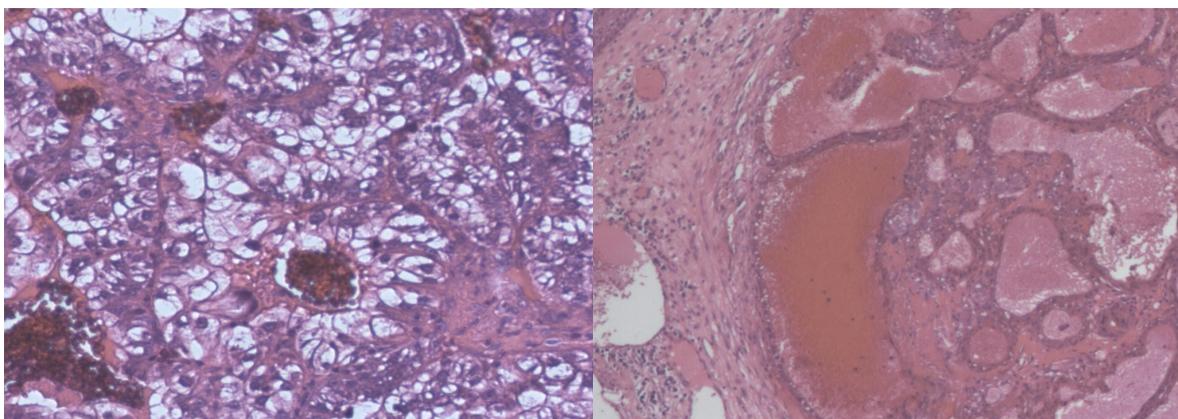
Se envía el tejido para estudio histopatológico y se confirma una neoplasia metastásica carcinomatosa, con presencia de células

Figura 7: posoperatorio inmediato.



claras que alternan con células de citoplasma granular y muy rica vascularización. (figuras 8 y 9).

Figura 8 y 9: gentileza del Prof. Dr. J. Carzoglio. Corte histológico de neoplasia epitelial de células claras. Importante vascularización.



Se refiere a la paciente a su médico oncólogo para valoración general y eventual tratamiento.

A la paciente se le realizó una tomografía por emisión de positrones (PET), entre varios estudios para estadificar el cáncer, que mostró las múltiples metástasis en todo el organismo, fallece al mes y medio del diagnóstico histopatológico de la lesión bucal.

Discusión

El carcinoma de células renales es una patología maligna de difícil diagnóstico y muchas veces de diagnóstico tardío ⁽¹⁰⁾.

Representa el 3% de los tumores malignos en adultos y el 2% de las muertes por cáncer. Normalmente su presentación inicial es por medio de una metástasis, lo que resulta en un mal pronóstico debido al diagnóstico tardío ⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Frecuentemente afecta a hombres entre 30 y 60 años ⁽¹³⁾ y pueden metastatizar a cualquier parte del cuerpo. Representa un 15% del riesgo de dar metástasis en la región de cabeza y cuello cuando la enfermedad está diseminada y de un 1% cuando no lo está ⁽¹¹⁾. En la literatura, los investigadores determinaron un intervalo de 5 a 36 meses entre la aparición del tumor primario y la metástasis. Incluso se ha constatado metástasis décadas después de la exéresis quirúrgica del tumor primario renal ⁽¹⁾. La dificultad del diagnóstico es mayor en aquellos pacientes que no presentan historia de nefropatía maligna ^(10,14). Un análisis exhaustivo de la literatura muestra recientemente una asociación significativa entre la metástasis gingival y la presencia de dientes, lo que sugiere el posible papel de la inflamación en la distribución de depósitos metastásicos en la encía. El microambiente en una encía inflamada crónicamente puede proporcionar un nicho favorable para que las células tumorales circulantes colonicen y proliferen ⁽⁷⁾.

Clínicamente una metástasis oral en los tejidos blandos orales puede verse como una lesión exofítica, a veces ulcerada. Las lesiones tempranas, principalmente las localizadas en la encía, como agrandamientos gingivales, similares a una lesión benigna hiperplásica o reactiva, como granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes o un fibroma ⁽⁷⁾. Con la progresión de la enfermedad, puede aparecer sintomatología como: dolor, sangrado, infección, disfagia, interferencia con la masticación y deformación facial ^(6,7). En algunos casos, especialmente en los carcinomas hepatocelulares metastásicos, se han

informado episodios hemorrágicos graves posteriores a la biopsia ⁽¹⁵⁾.

La evolución de la mayoría de los pacientes con una lesión metastásica en cavidad oral es desfavorable, con una tasa de mortalidad superior al 90% a los 5 años ⁽¹⁶⁾.

En el caso descrito, la evolución de la paciente es acorde a la literatura. La metástasis oral diagnosticada fue el diagnóstico inicial de varias metástasis que presentaba a nivel general.

Conclusiones

El diagnóstico de las metástasis orales constituye un reto para el profesional, fundamentalmente cuando no se conoce el tumor primario. El principal desafío es la detección temprana y deben considerarse siempre los diagnósticos diferenciales de lesiones orales inflamatorias y reactivas benignas y de malignos primarios de la cavidad oral.

Referencias

1. Sountoulides P, Metaxa L, Cindolo L. Atypical presentations and rare metastatic sites of renal cell carcinoma: a review of case reports. *J Med Case Rep*. 2011;5:429. Doi:10.1186/1752-1947-5-429
2. Allon I, Pessing A, Kaplan I, Allon DM, Hirshberg A. Metastatic tumors to the gingiva and the presence of teeth as a contributing factor: a literature analysis. *J Periodontol*. 2014;85(1):132-9. Doi: 10.1902/jop.2013.130118
3. Hirshberg A, Leibovich P, Buchner A. Metastases to the oral mucosa: analysis of 157 cases. *J Oral Pathol Med*. 1993;22(9):385-90. Doi:10.1111/j.1600-0714.1993.tb00128.x

4. Hirsheberg A, Buchner A. Metastatic tumours to the oral region. An overview. *Oral Onco. Eur J Cancer*. 1995;31B (6):355-60. Doi: 10.1016/0964-1955(95)00031-3
5. Hirsheberg A, Leibovich P, Buchner A. Metastatic tumors to the jaws: analysis of 390 cases. *J Oral Pathol Med*. 1994;23(8):337-41. Doi:10.1111/j.1600-0714.1994.tb00072.x
6. Hirsheberg A, Shnaiderman-Shapiro A Kaplan I, Berger R. Metastatic tumours to the oral cavity-pathogenesis and analysis of 673 cases. *Oral Oncol*. 2008;44(8):743-52. Doi:10.1016/j.oraloncology.2007.09.012
7. Servato JP, de Paulo LF, de Faria PR, Cardoso SV, Loyola AM. Metastatic tumours to the head and neck: retrospective analysis from a Brazilian tertiary referral centre. s.l: *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2013;42(11):1391-6. Doi:10.1016/j.ijom.2013.05.020
8. D'silva N, Summerline DJ, Cordell KG, Abdelsayed RA, Tomish CE, Hanks CT, Fear D, Meyrowitz S. Metastatic tumors in the jaws. A retrospective study of 114 cases. *JADA*. 2006;137(12):1667-72. Doi:10.14219/jada.archive.2006.0112
9. Hirshberg A, Berger R, Allon I, Kaplan I. Metastatic Tumors to the Jaws and Mouth. *Head and Neck Pathol* 2014;(8):463-474. Doi:10.1007/s12105-014-0591-z
10. Vallalta Morales M, Todolí Parra J, Cervera Miguel JI, Calabuig Alboroch JR. Right hemiparesia as presentation of renal cell carcinoma. *An Med Interna*. 2004 Jul;21(7):359-60. Doi:10.4321/s0212-71992004000700010
11. Maestre-Rodriguez O, Gonzales-García R, Mateo-Arias J, Moreno-Garcia C, Serrano-Gil H, Villanueva-Alcojol L, Campos-de-Orellana AM, Monje-Gil F. Metastasis of renal clear-cell carcinoma to the oral mucosa, an atypical location. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009;14:601-604. Doi:10.4317/medoral.14.e601
12. Sikka S, Sikka P, Kaur G, Shetty DC. A review of histopathological and immunohistochemical parameters in diagnosis of metastatic renal cell carcinoma with a case of gingival metastasis. *J Cancer Res Ther* 2012;9:105-107. Doi:10.4103/0973-1482.110395
13. Aguirre A, Rinaggio J, Diaz-Ordaz E. Lingual metastasis of renal cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg*. 1996 Mar;54(3):344-6. Doi:10.1016/S0278-2391(96)90757-0
14. Friedlander AH, Singer R. Renal adenocarcinoma of the kidney with metastasis to the tongue. *J Am Dent Assoc*. 1978 Dec;97(6):989-91. Doi:10.14219/jada.archive.1978.0420
15. Ahsar A, Khateery SM, Kovacs A. Mandibular metastatic hepatocellular carcinoma: a case involving severe post biopsy hemorrhage. *J Oral Maxillofac Surg*. 1997;55(6):547-52. Doi:10.1016/s0278-2391(97)90480-8
16. Chow W, Devesa SS, Warren JL, Fraumeni, Jr JF. Rising Incidence of Renal Cell Cancer in the United States. *JAMA*. 1999;281(17):1628-1631. Doi:10.1001/jama.281.17.1628

Declaración de Conflictos de interés:

Los autores no presentan conflicto de interés en la publicación del artículo.

Nota contribución de autoría:

1. Concepción y diseño del estudio
2. Adquisición de datos
3. Análisis de datos
4. Discusión de los resultados
5. Redacción del manuscrito
6. Aprobación de la versión final del manuscrito.

FS ha contribuido en 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

EP ha contribuido en 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

Nota de aceptación:

Este artículo fue aprobado por la editora de la revista Mag. Dra. Vanesa Pereira-Prado.