# PRZERZUT RAKA JASNOKOMÓRKOWEGO NERKI DO SKÓRY POLICZKA U 73-LETNIEGO MĘŻCZYZNY

## Metastasis of renal cell carcinoma to the cheek in a 73-year-old man

**Krzysztof Stanisław Winiarz**

*Poradnia Onkologiczna, Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie, Polska*

**Krzysztof Stanisław Winiarz – 0009-0009-6588-1738**

**Streszczenie**

Rak nerki stanowi od 2 do 3% wszystkich nowotworów złośliwych na świecie. W Polsce wskaźniki 5-letniego przeżycia wynoszą około 58% dla obu płci. Ponad 70% nowotworów nerki rozpoznaje się w stadium ograniczonym regionalnie. W pozostałych przypadkach występują przerzuty do płuc, wątroby, kości, nadnerczy lub drugiej nerki. Umiejscowienie przerzutów w skórze jest rzadkością – stanowią one około 6% przypadków i wiążą się złym rokowaniem. W literaturze opisywano przerzuty raka nerkowokomórkowego w obrębie skóry głowy, szyi, tułowia, kończyn oraz narządów płciowych. W niniejszej pracy przedstawiono przypadek 73-letniego mężczyzny z przerzutem raka nerki do skóry policzka. Guz towarzyszył chorobie rozsianej do płuc, węzłów chłonnych klatki piersiowej oraz przerzutowi do drugiej nerki. Zgodnie z aktualnymi zaleceniami pacjent po nefrektomii z powodu raka nerkowokomórkowego powinien pozostawać pod kontrolą, obejmującą – w zależności od grupy ryzyka – tomografię komputerową klatki piersiowej i jamy brzusznej oraz ultrasonografię jamy brzusznej. Jak się okazało, w opisywanym przypadku guz towarzyszył chorobie w stadium rozsiewu, m.in. do płuc. Po jednym cyklu paliatywnej immunoterapii ipilimumabem w skojarzeniu z niwolumabem nie stwierdzono regresji zmiany na policzku, a pacjent zmarł przed podaniem kolejnego cyklu z powodu progresji przerzutów do płuc. Jak wynika z piśmiennictwa oraz przedstawionego przypadku, przerzuty tego nowotworu mogą wystąpić zarówno w niedługim czasie po rozpoznaniu nowotworu, jak i wiele lat później. Zazwyczaj mają postać pojedynczego, szybko rosnącego guza w dowolnej lokalizacji skóry, który jednak towarzyszy przerzutom (pojedynczym lub mnogim) w innych narządach. Mając na uwadze dostępność terapii, jak choćby inhibitorów kinazy tyrozynowej, tak ważna jest okresowa kontrola chorego, obejmująca nie tylko badania obrazowe i laboratoryjne, ale również wywiad dotyczący nietypowych dolegliwości oraz badanie skóry, a także zdecydowane, szybkie reagowanie na wszelkie podejrzane zmiany.

**Abstract**

Renal carcinoma accounts for 2 to 3% of all adult malignancies worldwide. Five-year survival rates in Poland are approximately 58% for both sexes. More than 70% of cases are diagnosed at an early stage. However, the remaining patients develop metastases to the lungs, liver, bones, adrenal glands or the other kidney. Cutaneous location is rare. Skin metastases account for approximately 6% of cases and have a poor prognosis. Invasive cutaneous renal cell carcinoma involving the scalp, neck, trunk, limbs and genitals has been reported in the literature. This paper presents a case of a 73-year-old man with renal carcinoma invading the skin of the cheek. The post-nephrectomy follow up includes, depending on the risk group, thoracic and abdominal computed tomography, as well as abdominal ultrasound. In this case, the tumour was found to be a metastasis, among others, to the lungs, chest lymph nodes, and the other kidney. There was no regression of the cheek metastasis after one cycle of palliative immunotherapy with ipilimumab in combination with nivolumab. The patient did not survive until the next cycle due to progression of lung metastases. According to the literature and the case described above, metastases of renal carcinoma may appear both shortly after the diagnosis and at a distant time. Typically, they occur as a single, rapidly growing tumour in any cutaneous location, which, however, is accompanied by cancer spread (single or multiple) to other organs. Therefore, given the available therapeutic options, such as the use of tyrosine kinase inhibitors, regular patient monitoring is essential. This should include not only imaging and laboratory tests, but also a thorough history focused on unusual symptoms, careful skin examination, and a decisive, prompt response to any suspicious abnormalities.

**Słowa kluczowe:** rak nerki; rak jasnokomórkowy; przerzuty do skóry; przerzut raka o nietypowym umiejscowieniu; przerzut raka nerki do skóry

**Keywords:** renal cell carcinoma; clear cell carcinoma; skin metastases; unusual sites of metastasis; cutaneous metastases of renal carcinoma

**DOI** 10.53301/lw/203674

**Praca wpłynęła do Redakcji:** 28.01.2025

**Zaakceptowano do druku:** 03.04.2025

**Opublikowano:** 30.12.2025

**Autor do korespondencji:**
Krzysztof Stanisław Winiarz
Poradnia Onkologiczna, Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie
e-mail: lek.k.winiarz@gmail.com



© 2026 Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy. Artykuł udostępniany w otwartym dostępie na warunkach licencji CC BY-NC-SA 4.0 (Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International) (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), która zezwala na korzystanie, rozpowszechnianie i powielanie utworu w dowolnym medium do celów niekomercyjnych, pod warunkiem prawidłowego oznaczenia autorstwa oraz udostępniania utworów zależnych na tej samej licencji.

## Wstęp

Rak nerki stanowi od 2 do 3% wszystkich nowotworów złośliwych na świecie u osób dorosłych. Największa zachorowalność przypada na siódmą dekadę życia i wykazuje, podobnie jak umieralność, liniowy związek z wiekiem [1, 2]. W Polsce rak nerki zajmuje 9. miejsce u mężczyzn i 10. miejsce u kobiet pod względem częstości występowania, przy czym mężczyźni chorują nieco częściej. Wskaźniki 5-letniego przeżycia wynoszą około 58% dla obu płci [2]. Obecnie znakomita większość nowotworów nerki – ponad 70% – rozpoznawana jest w stadium ograniczonym regionalnie [1]. U pozostałych pacjentów stwierdza się przerzuty odległe do płuc, wątroby, kości, nadnerczy lub drugiej nerki [3], natomiast przerzuty do skóry są rzadkością [4]. Przerzuty skórne stanowią około 6% przypadków i wiążą się złym rokowaniem. Opisano przypadki raka nerkowokomórkowego (ang. *renal cell carcinoma*, RCC) w obrębie skóry głowy i szyi, tułowia, kończyn oraz narządów płciowych [3].

Celem pracy jest przedstawienie przypadku mężczyzny z odległym czasowo przerzutem raka jasnokomórkowego nerki do skóry policzka.

## Opis przypadku

73-letni mężczyzna zgłosił się na początku 2025 roku do Poradni Onkologicznej na pierwszą wizytę z powodu szybko rosnącego egzofitycznego guza prawego policzka. Opisywaną zmianę przedstawiono na rycinie 1.

Z wywiadu oraz dokumentacji medycznej chorego wynika, że w 2018 r. wykonano u niego lewostronną nefrektomię z powodu 4,5-centymetrowego guza zlokalizowanego w dolnej części wnęki nerki, który okazał się rakiem jasnokomórkowym nerki.

Podczas wizyty pacjent zgłaszał utratę około 15 kg masy ciała w ciągu 6 ostatnich miesięcy. Negował uprzednią obecność znamienia na policzku czy też jego uraz.

Egzofityczna zmiana, położona nieco do tyłu od prawego kącika ust, była żywoczerwona, z sinawą podstawą, i sprawiała wrażenie kruchej oraz łatwo krwawiącej. Nie przypominała pierwotnego nowotworu skóry, typowej ziarniny ani zmiany ropnej lub zapalnej; nie zajmowała strony śluzówkowej policzka i nie powodowała trudności w wydzielaniu śliny. Pacjent nie miał szczękościsku, a okoliczne węzły chłonne głowy i szyi w badaniu palpacyjnym nie wykazywały cech powiększenia.

**Rycina 1.** Widok przerzutu raka nerki do skóry policzka u opisywanego pacjenta. Fot. K. Winiarz

Tomografia komputerowa (TK) wykonana po kilku miesiącach od nefrektomii ujawniła już dość liczne drobne (do 7 mm) guzki o stabilnym obrazie w porównaniu z poprzednią tomografią, a także nowy, 4-milimetrowy guzek w płucu lewym oraz dwa (3 mm i 4 mm) w płucu prawym. Węzły chłonne nie były podejrzane o proces nowotworowy.

Kolejne badanie TK, wykonane 4 lata później (w czerwcu 2023 r.), ujawniło już zmiany guzkowe w miąższu płuc o typie przerzutów: największą w płucu prawym – 19 mm, a w płucu lewym – 33 mm. Opisano również powiększone, podejrzane węzły chłonne: pachowy prawy wielkości 12 mm oraz śródpiersiowe – 19 mm.

Na wspomnianej pierwszej wizycie w styczniu 2025 r. pobrano wycinek z guza policzka oraz przyspieszono zaplanowane rutynowo badanie TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy na tryb pilny.

Na kolejnej wizycie otrzymano w raporcie histopatologicznym potwierdzenie utkania raka częściowo utworzonego z komórek o jasnej cytoplazmie i immunofenotypie PAX8(+), RCC(-), co w korelacji z danymi klinicznymi dawało obraz podejrzenia rozsiewu raka nerki.

W następnym badaniu TK (ze wzmocnieniem kontrastowym, na co zdecydowano się świadomie pomimo jednej nerki u chorego) opisano liczne zmiany guzkowe i guzowate „meta" w obu płucach: w płacie środkowym – o wymiarze 65 mm, w płacie dolnym płuca prawego – 53 mm, w płacie dolnym płuca lewego – 48 mm. Stwierdzono również liczne patologiczne węzły chłonne w śródpiersiu (np. przytchawicze prawe – do 29 mm, podostrogowe – do 24 mm, we wnękach płucnych – do 22 mm). Węzły pachowe nie były powiększone. Nie stwierdzono również zwiększonej ilości płynu w jamach opłucnej. Natomiast w korze górnej części nerki prawej opisano obecność „hiperwaskularnego" guzka o śr. 20 mm – prawdopodobnie RCC lub 'meta' RCC. Nerka prawa była prawidłowej wielkości, bez innych podejrzanych zmian czy zastoju moczu. W loży po nerce lewej nie wykryto uchwytnych patologii. Wątroba była nieco powiększona, natomiast pęcherzyk żółciowy, trzustka jak i nadnercza nie wykazywały zmian ogniskowych. W śledzionie opisano niespecyficzne, pojedyncze drobne zmiany hipotensyjne o średnicy do 10 mm. Nie wykazano cech limfadenopatii w jamie brzusznej, natomiast stwierdzono ślad płynu w miednicy. W kościach nie ujawniono podejrzanych zmian ogniskowych. W analizie moczu brak było odchyleń, natomiast z morfologii krwi rozpoznano łagodną niedokrwistość.

Na konsylium wielospecjalistycznym chory został skierowany do paliatywnego leczenia systemowego. Przerzut do policzka, ze względu na jego rozmiar oraz ogólne zaawansowanie choroby, pozostawiono, licząc na jego choćby częściową regresję po leczeniu ogólnym.

Pacjent otrzymał jeden cykl immunoterapii niwolumabem w dawce 3 mg/kg m.c. w skojarzeniu z ipilimumabem w dawce 1 mg/kg m.c. Niestety w tym czasie doszło do znacznej progresji zmian w płucach i na początku marca

2025 r. chory zmarł. Jeśli chodzi o przerzut do skóry policzka, nie zaobserwowano nawet jego częściowej regresji.

**Omówienie**

Celem pracy było przedstawienie przypadku mężczyzny z odległym czasowo przerzutem raka jasnokomórkowego nerki do skóry policzka, co stanowi rzadką lokalizację przerzutów tego nowotworu. Jak się okazało, guz towarzyszył chorobie w stadium rozsiewu ogólnego do płuc i węzłów chłonnych.

W literaturze można znaleźć wiele doniesień na temat najczęstszych miejsc przerzutowania raka nerki. W badaniu Dudani i wsp. poddano analizie 10 105 przypadków przerzutowego raka nerki. W podtypie jasnokomórkowym (ang. *clear cell subtype of renal cell carcinoma*, ccRCC) przerzuty najczęściej obserwowano w płucach (70%), węzłach chłonnych (45%), kościach (32%), wątrobie (18%) oraz nadnerczach (10%). Częstość lokalizacji rozsiewu była jednak różna dla poszczególnych podtypów. Umiejscowienia w płucach, nadnerczach, mózgu oraz trzustce były na tle pozostałych podtypów częstsze w ccRCC, natomiast zajęcie węzłów chłonnych – w podtypie brodawkowatym (ang. *papillary subtype*, pRCC). Z kolei przerzuty do wątroby występowały częściej w podtypie chromofobowym (ang. *chromophobe variant*, chrRCC) [5].

Hamid i wsp. opisali przypadek 54-letniego mężczyzny z wczesnym (3 miesiące od rozpoznania) przerzutem raka nerkowokomórkowego do tkanki podskórnej. Proces rozwijał się bez bólu czy zmiany zabarwienia skóry. Biopsja wycinająca potwierdziła rozpoznanie przerzutu a pacjentowi wdrożono leczenie inhibitorem kinazy tyrozynowej – pazopanibem. Po miesiącu leczenia w miejscu guza pojawiło się owrzodzenie, które następnie ustąpiło. Leczenie inhibitorami kinazy tyrozynowej przyniosło w tym przypadku częściową odpowiedź długoterminową, pomimo braku ciągłej terapii [6].

W pracy Anzalone i wsp. analizowano przypadki zastosowania chirurgii metodą Mohsa (operacja z wykorzystaniem marginesów kontrolowanych mikroskopowo w czasie operacji) do wycięcia przerzutów różnych nowotworów do skóry. Autorzy stwierdzili, że w przypadku opisanego przez nich pacjenta z pojedynczym przerzutem skórnym RCC w okolicy potylicznej takie leczenie, choć bardzo rzadko stosowane, okazało się skuteczne. Nie odnotowano nawrotu zmiany w ciągu dwóch latach obserwacji, jednak pacjent ostatecznie zmarł z powodu postępującej choroby. Autorzy sugerują, aby dodać chirurgiczne wycięcie izolowanych przerzutów skórnych, w odpowiednio dobranych przypadkach, do wskazań wykorzystania metody Mohsa [4].

Kassam i wsp. opisali przypadek 68-letniej kobiety z pulsującą, centralnie uniesioną i stwardniałą zmianą o czerwono-fioletowym kolorze i średnicy około 4 cm, zlokalizowaną w skórze lewej okolicy ciemieniowej. Zmiana powiększała się, ale poza tym była bezobjawowa. Wcześniej zdiagnozowano u chorej raka nerkowokomórkowego. W diagnostyce różnicowej uwzględniono naczyniaka, raka podstawnokomórkowego oraz róg skórny. Tomografia komputerowa głowy nie wykazała nacieku na kość, natomiast badania laboratoryjne ujawniły hiperkalcemię (2,95 mmol/l) oraz anemię (7,2 g/dl). Całościowy obraz w dużym stopniu wskazywał, że zmiana na skórze głowy mogła być odległym czasowo przerzutem raka nerkowokomórkowego. Guz wycięto, a badanie histopatologiczne potwierdziło podejrzenie przerzutu raka nerkowokomórkowego [3].

Jassem i wsp. w rekomendacjach dotyczących kontroli po leczeniu litych nowotworów złośliwych zauważają, że nie ma dowodów na to, iż jakakolwiek strategia obserwacji może poprawić wyniki leczenia raka nerkowokomórkowego u pacjentów poddanych radykalnemu zabiegowi chirurgicznemu. Monitorowanie chorych po leczeniu radykalnym powinna uwzględniać ryzyko nawrotu określone na podstawie zweryfikowanych nomogramów opartych na stadiach T, N i M, objawach w chwili rozpoznania i stopniu zaawansowania nowotworu. Należy zauważyć, że najczęstszym miejscem przerzutów RCC są płuca, a badanie klatki piersiowej powinno być wykonywane łącznie z oceną jamy brzusznej [7].

**Podsumowanie**

Celem pracy było opisanie przypadku 73-letniego mężczyzny z odległym czasowo przerzutem raka jasnokomórkowego nerki do skóry policzka. Przerzuty raka nerkowokomórkowego do skóry są rzadkością (około 6% przypadków) i charakteryzują się złym rokowaniem [3, 4]. Jak wynika z literatury oraz przedstawionego przypadek, przerzuty te mogą wystąpić zarówno w niedługim czasie po rozpoznaniu, jak i po wielu latach. Zazwyczaj jest to obraz pojedynczego, szybko rosnącego guza w dowolnej lokalizacji skóry, który jednak towarzyszy przerzutom (pojedynczym lub mnogim) w innych narządach. Dlatego wobec istniejących możliwości terapii – jak choćby zastosowanie inhibitorów kinazy tyrozynowej – tak ważna jest okresowa kontrola chorego, która powinna obejmować nie tylko badania obrazowe i laboratoryjne, ale również wywiad dotyczący nietypowych dolegliwości, oraz badanie skóry, a także zdecydowane, szybkie reagowanie na wszystkie podejrzane nieprawidłowości.

**Piśmiennictwo**

1. Krzakowski M, Warzocha K, Potemski P, Wysocki P. Onkologia kliniczna. Tom 2. Gdańsk: Via Medica, 2023
2. Jezierski A, Rutkowski P, Wysocki W. Chirurgia onkologiczna. Tom 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2018
3. Kassam K, Tiong E, Nigar E, Kumar M. Exophytic parietal skin metastases of renal cell carcinoma. Case Rep Dermatol Med, 2013; 2013: 196016. doi: 10.1155/2013/196016
4. Anzalone CL, Cohen PR, Migden MR, Tannir NM. Mohs surgery in metastatic cancer: renal cell carcinoma solitary cutaneous metastasis and visceral tumor metastases to skin treated with microscopically controlled surgical excision. Int J Dermatol, 2013; 52: 856–861. doi: 10.1111/ijd.12021
5. Dudani S, de Velasco G, Wells JC, et al. Evaluation of clear cell, papillary, and chromophobe renal cell carcinoma metastasis sites and association with survival. JAMA Netw Open, 2021; 4: e2021869. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.21869
6. Hamid ARAH, Rustandi R, Matondang S, et al. Renal cell carcinoma with early skin metastasis and partial response on tyrosine kinase inhibitor: A case report. Int J Surg Case Rep, 2022; 94: 107020. doi: 10.1016/j.ijscr.2022.107020
7. Jassem J, Kowalczyk A, Biesiada A, et al. Post-treatment follow-up in common solid malignancies: expert panel recommendations. Nowotwory J Oncol 2022; 72: 384–407. doi: 10.5603/NJO.a2022.0058