

Caso	(568) Gran tumoración renal con invasión venosa extensa
Autores	Susana Gallego García, Sara Serrano Martínez, Enrique Díaz Gordo, Elena María Molina Terrón, Cecilia Santos Montón, Bianca Prieto Hernández
Centro	Complejo Asistencial De Zamora

EXPOSICIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de paciente varón de 45 años edad que acude con dolor intenso en hipocondrio izquierdo e importante dificultad para la respiración.

Como hallazgos a destacar el paciente refiere astenia y pérdida de unos 10 kg de peso en los últimos meses asociado a dolor mantenido en hipocondrio izquierdo. A la exploración se palpa gran esplenomegalia y edema hasta muslos de miembro inferiores.

En cuanto a parámetros analíticos presenta anemia microcítica, alteración de la coagulación, aumento de las enzimas hepáticas y de la proteína C reactiva.

Se realiza ecografía abdominal donde se visualiza gran masa heterogénea que ocupa todo el flanco y fosa iliaca izquierda que parece depender del riñón ipsilateral.

Se le realiza TC abdominopélvico donde se observa gran masa de 15 x 20 x 20 cm, con importante componente de necrosis, de localización retroperitoneal izquierda que depende del margen lateral externo del riñón izquierdo.

Dicha lesión está condicionando una trombosis de la vena renal izquierda (que se visualiza con dificultad) y se continúa por la vena cava inferior con importante trombo tumoral en su interior y extensión hacia la aurícula derecha. La AP fue de carcinoma renal de células claras con diferenciación rabdoide.

DISCUSIÓN

El carcinoma de células renales (CCR) es la neoplasia renal más frecuente siendo el carcinoma de células claras el subtipo mayoritario (65-70%). Hoy en día lo más habitual es detectarlo incidentalmente.

La TCMD es la técnica de elección ya que permite hacer estudios multifásicos.

La sensibilidad de la ecografía para detectar nódulos corticales es menor que la de la TCMD y RM, especialmente cuando son pequeños. Es especialmente útil para establecer rápidamente la naturaleza sólida o quística del tumor.

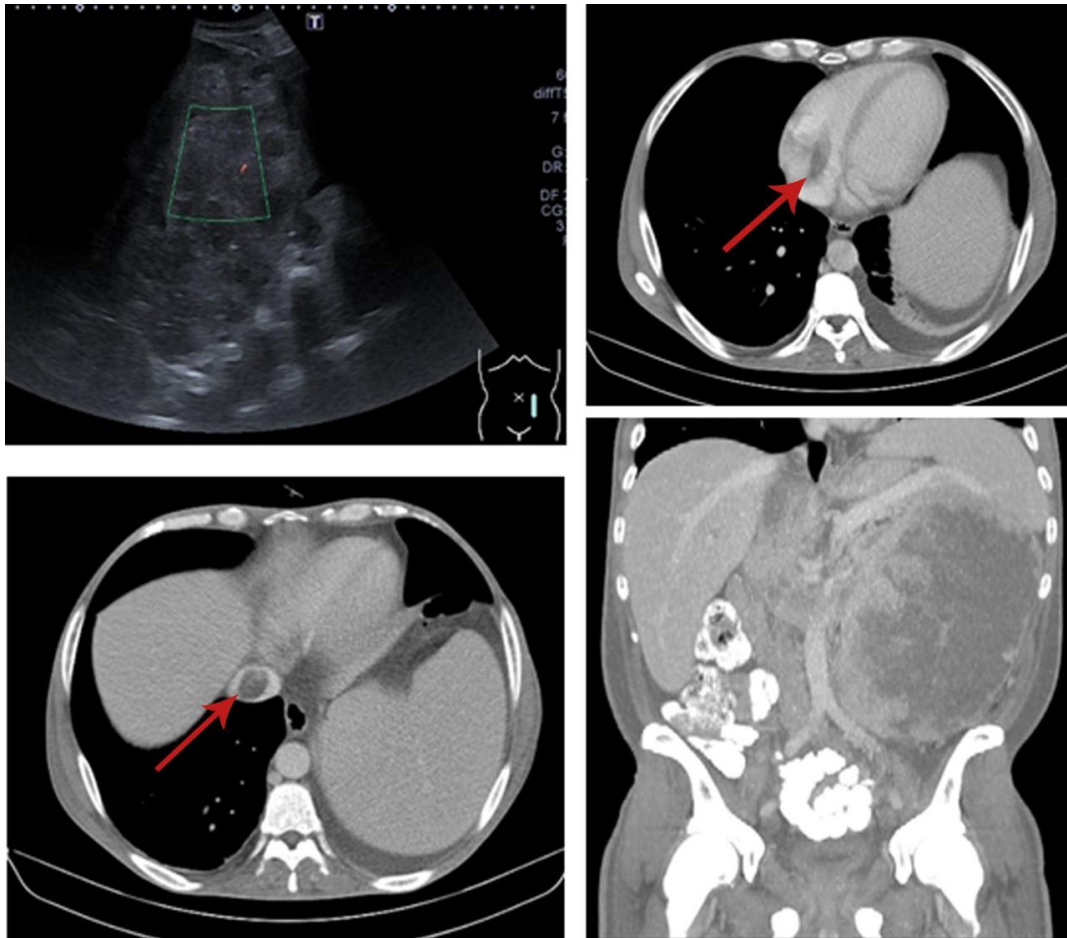
La mayoría de los tumores sólidos renales en el adulto son CCR, y la forma de presentación más frecuente del CCR es la de un nódulo sólido cortical que realza tras inyectar contraste y que posteriormente lava (hasta un 20% de los nódulos que realzan son benignos). Se considera que una lesión renal capta en la TCMD cuando tras inyectar CIV aumenta al menos 20 UH respecto a la fase basal.

La diseminación más característica es a través del sistema venoso. La extensión vascular del tumor (T3b-c en el TNM) es un predictor de morbilidad perioperatoria y de mortalidad. La RM es la técnica de elección para detectar el trombo venoso tumoral/no tumoral y su extensión, aunque la TCMD ha demostrado ser una técnica igualmente efectiva. Debe definirse si la extensión del trombo alcanza la vena cava inferior por debajo del diafragma (T3b), o si sobrepasa el diafragma (T3c). También debe definirse la relación del trombo con la vena renal, venas suprahepáticas y diafragma, ya que de ello dependerá el abordaje quirúrgico.

El CCR con invasión vascular es una enfermedad con alta tasa de mortalidad. La cirugía es una opción terapéutica que puede resultar curativa cuando no existen metástasis a distancia ni afectación ganglionar asociadas. Las complicaciones en este tipo de intervenciones son importantes, siendo la más frecuente el sangrado.

CONCLUSIÓN

Los diferentes subtipos de tumores de células renales presentan una progresión de la enfermedad diferente siendo el más frecuente el de células claras. Tienen una progresión lenta en el tiempo, y debido al uso generalizado de las técnicas de imagen su uso suele ser incidental, no siendo así en nuestro caso en el que el paciente presentaba importante extensión tumoral vascular. Es importante analizar la extensión del trombo y ver si sobrepasa o no el diafragma, así como definir que estructuras venosas vasculares están infiltradas ya que va a tener importancia de cara al abordaje quirúrgico.



BIBLIOGRAFÍA

Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics. 2007. *CA Cancer J Clin.* 2007;57:43---66. <https://doi.org/10.3322/caac.21551>.

Israel GM, Bosniak MA. How I do it: Evaluating renal masses. *Radiology.* 2005;236:441---50. <https://doi.org/10.1148/radiol.2362040218>.

Francis IR. Detection, staging and surveillance in renal cell carcinoma. *Cancer Imaging.* 2006;6:168---74. DOI: 10.1102/1470-7330.2006.0028.