



Asociación Urológica de
Centroamérica y el Caribe

Tumores Renales Bilaterales: Reporte de Caso.

Bilateral Renal Tumors: A Case Report.

Juan Pablo Andino Guillén¹, Leonardo Rayo Meza.

⁽¹⁾ **Residente del servicio de Urología**, Departamento de Urología, Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, Managua, Nicaragua.

Correspondencia: 43 Avenida Suroeste, Managua, Nicaragua. Tel. +505 86162305

Correo electrónico: juanpa.ag@gmail.com

Esta Investigación fue financiada con recursos propios. Declaramos no tener ningún conflicto de intereses

Fecha de envío: 23.10.2021

Fecha de aceptación: 28.01.2022

Fecha de publicación: 23.02.2022

RESUMEN

Objetivo: Reportar un caso de tumores renales bilaterales < 10 cm, limitado a las unidades renales sin datos de metástasis, revisando antecedentes y abordaje médico-quirúrgico.

Presentación de Caso Clínico: Paciente masculino de 41 años de edad, sin comorbilidades presentes, con antecedentes de cirugía de tumor cerebral en fosa posterior en 2019. Acude con dolor lumbar de predominio derecho, al examen físico no se palpan masas. UroTC evidencia presencia de tumores renales bilaterales, masa derecha de 47 x 60 x 46 mm, masa izquierda de 51 x 68 x 59 mm, con realce al medio de contraste. Se realizó nefrectomía polar bilateral, con resultado histopatológico de carcinoma de células renales claras bilateral.

Discusión: El abordaje de los tumores renales bilaterales es complejo, cuando las características por imagen sugieren un alto grado de malignidad se deberá realizar un abordaje hacia la resección del tumor en sus modalidades Nefrectomía Radical (NR) o nefrectomía parcial (NP). La evidencia es débil en cuanto al adecuado abordaje cuando las masas son bilaterales, debido a que solo se disponen revisiones de casos limitados en la literatura mundial. El riesgo en el transquirúrgico es elevado por las complicaciones que se pueden presentar con una alta presentación de sangrado que no se pueda controlar. En general la NP se considera únicamente en tumores > 4cm que se encuentren limitados a la unidad renal en condiciones especiales como pacientes monorrenos, tumores renales bilaterales o ERC en estadios avanzados.¹

Conclusión: La cirugía conservadora de nefronas es un recurso útil, con buenos resultados quirúrgicos en pacientes con condiciones especiales, a pesar de encontrar hallazgos histopatológicos desfavorables con márgenes tomados la evidencia nos indica que no se incrementa el

riesgo de metástasis o disminución del carcinoma de células claras, solo un 16% de los casos con márgenes quirúrgicos positivos tienen recurrencia local del tumor.^{2,3}

PALABRAS CLAVE

Tumor Renal Bilateral; VHL; Cirugía ahorradora de nefronas (Nefrectomía parcial).

ABSTRACT

Objective: Report a case of bilateral renal tumors <10 cm, limited to renal units without data of metastasis, reviewing the history and medical-surgical approach.

Clinical Case Presentation: A 41-year-old male patient, without present comorbidities, with a history of surgery for a brain tumor in the posterior fossa in 2019. He presented with predominantly right lumbar pain, no masses were palpated on physical examination. UroTC shows the presence of bilateral renal tumors, a right mass of 47 x 60 x 46 mm, a left mass of 51 x 68 x 59 mm, with enhancement to the contrast medium. A bilateral polar nephrectomy was performed, with a histopathological result of bilateral clear cell renal cell carcinoma.

Discussion: The approach to bilateral renal tumors is complex, when the imaging characteristics suggest a high degree of malignancy, an approach to tumor resection should be performed in its modalities Radical nephrectomy (NR) or partial nephrectomy (PN). Evidence it is weak in terms of the adequate approach when the masses are bilateral, because only limited case reviews are available in the world literature. The risk in the surgical procedure is high due to the complications that can occur with a high presentation of bleeding that cannot be controlled. In general, PN is considered only in tumors > 4cm that are limited to the renal

unit in special conditions such as single-kidney patients, bilateral renal tumors, or CKD in advanced stages.¹

Conclusion: Nephron-sparing surgery is a useful resource with good surgical results in patients with special conditions, despite finding unfavorable histopathological findings with margins taken, the evidence indicates that the risk of metastasis or decrease in clear cell carcinoma is not increased. only 16% of the cases with positive surgical margins have local recurrence of the tumor.^{2,3}

KEYWORDS

Bilateral Renal Tumour; VHL; Nephron-sparing surgery (Partial nephrectomy).

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células renales es la lesión sólida más común dentro del riñón y es responsable de aproximadamente el 90% de todas las neoplasias renales. Comprende diferentes subtipos de Carcinoma de células renales (CCR) con específicas características histopatológicas y genéticas. Hay un predominio de 1.5: 1 en hombres sobre mujeres con una mayor incidencia en la población de edad avanzada.⁴

En general, el CCR de células claras (CCRc) está bien delimitado y por lo general no hay cápsula. La Superficie de corte es amarillo dorado, a menudo con hemorragia y necrosis. Con frecuencia se encuentran la pérdida del cromosoma 3p y la mutación del gen Von Hippel-Lindau (VHL) en el cromosoma 3p25. La pérdida de la función proteica de Von Hippel-Lindau contribuye al inicio, progresión y metástasis del tumor. El locus 3p alberga al menos cuatro genes supresores de tumores cRCC (UTX, JARID1C, SETD2, PBRM1)¹.

La tomografía computarizada es la técnica de diagnóstico por imagen de mayor uso, permitiendo un notable incremento en la detección de masas renales pequeñas que presumiblemente corresponden a tumores localizados, potencialmente curables con tratamiento quirúrgico.⁵

La nefrectomía parcial (NP) en el tratamiento de la enfermedad no compromete los resultados oncológicos, preserva la función renal y la calidad de vida. Además, existe evidencia de que la NP disminuye la morbilidad asociada a enfermedad renal crónica y el riesgo de muerte en general.

Las guías clínicas internacionales recomiendan NP para cT1, así como tumores cT2 cuidadosamente seleccionados siempre que sea técnicamente posible.⁶

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 41 años de edad, sin comorbilidades y sin antecedentes patológicos familiares, niega consumo de cigarrillos u otros hábitos tóxicos. Tiene antecedente de cirugía de tumor cerebral en fosa posterior en

el año 2019 con diagnóstico histopatológico de hemangioblastoma del IV ventrículo con derivación ventrículo peritoneal.

Es referido al servicio de Urología; refiriendo

únicamente refiere dolor lumbar de predominio derecho, signo de Giordano negativo, al examen físico no se palpan masas, niega antecedentes de hematuria y/o síntomas constitucionales, con hallazgos de tumores renales bilaterales dentro de sus estudios complementarios de imagen. Paciente debuta con Hipertensión arterial que se logra controlar.

Los resultados de los exámenes de laboratorio son: leucocitos 10,340; neutrófilos 71.2%; Hemoglobina 14.4 mg/dl; plaquetas 347,000; glucosa 102 mg/dl; creatinina 0.75 mg/dl; TP 13"; TPT 28.8"; Sodio 139.7 mEq/L; Potasio 4.2 mEq/L. Examen de Orina sin alteraciones. Radiografía de tórax sin alteraciones, EKG normal.

En UroTc se evidencia presencia de tumores renales bilaterales, en riñón derecho a nivel de polo inferior imagen de aspecto sólida heterogénea irregular con realce posterior al medio de contraste de 47 x 60 x 46 mm, riñón izquierdo lesión en polo inferior con características similares al anterior que mide de 51 x 68 x 59 mm, además se visualizan múltiples quistes en ambas unidades renales de características benignas, no datos de metástasis o afectación ganglionar. (Fig. 1,2,3)

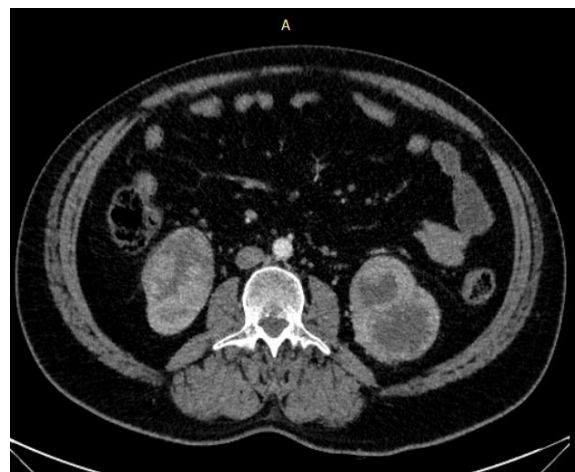


Figura 1 UroTc, corte axial fase arterial, se visualizan tumores renales bilaterales en polo inferior.



Figura 2 UroTc, corte coronal fase arterial, tumores renales bilaterales en polo inferior con realce al medio de contraste.

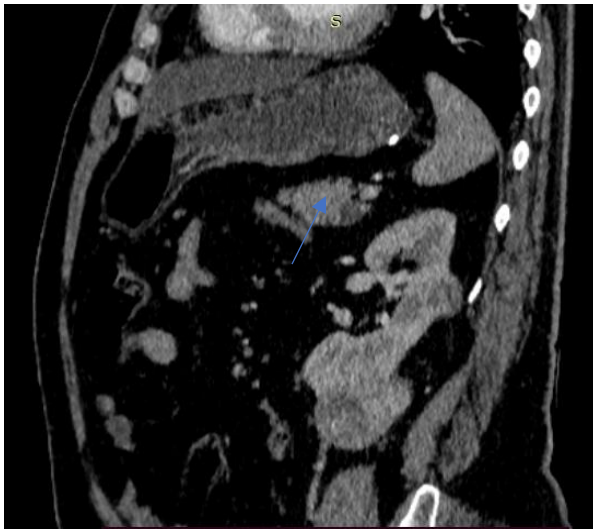


Figura 3 UroTc, corte sagital fase arterial, se observa tumor renal izquierdo, con quiste pancreático (flecha azul).

Se decide realizar Nefrectomía polar bilateral, como parte del abordaje de los tumores renales por vía convencional anterior, donde se encontró en unidad renal izquierda un tumor de 9 x 6.5 x 4 cm, unidad renal derecha un tumor de 7.5 x 5.4 x 5.3 cm ambas áreas del tumor altamente vascularizadas y sangrantes, no se visualizan otras lesiones sugerentes de malignidad, se logra realizar nefrectomía parcial bilateral se logra adecuada hemostasia de ambas unidades renales, se realiza procedimiento sin complicaciones. (Fig. 4,5)

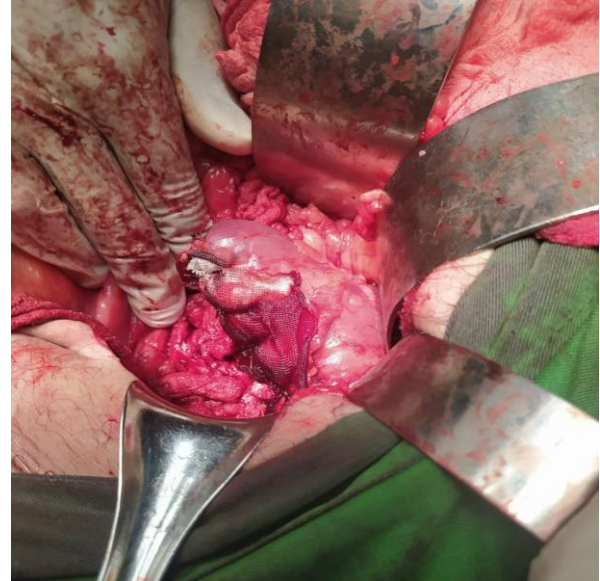


Figura 4 Unidad Renal izquierda con adecuada hemostasia, posterior a resección de tumor (Flecha indica sitio de cirugía con Material Hemostático Absorbible).

El paciente cursó su post operatorio con buena evolución, con buenas condiciones generales y sin complicaciones inmediatas, se dio su egreso 7 días después de la cirugía, con adecuados volúmenes urinarios y creatinina normales.



Figura 5 Aspecto macroscópico de ambos tumores resecados. A la izquierda tumor renal izquierdo (mayor tamaño) a la derecha tumor renal derecho.

El reporte anatomopatológico de los tumores resecados indica a nivel del tumor izquierdo Carcinoma de células renales claras (pT2a), con áreas de necrosis tumoral (40%) tumor limitado a la unidad renal, margen quirúrgico tomado en un área de 1.5 cm hacia el parénquima renal, cápsula y grasa perirrenal libres; nivel del tumor derecho

Carcinoma de células renales claras (pT2a), con áreas de necrosis tumoral (30%) tumor limitado a la unidad renal, margen quirúrgico tomado en un área de 1 cm hacia el parénquima renal, capsula y grasa perirrenal libres. (Fig. 6).

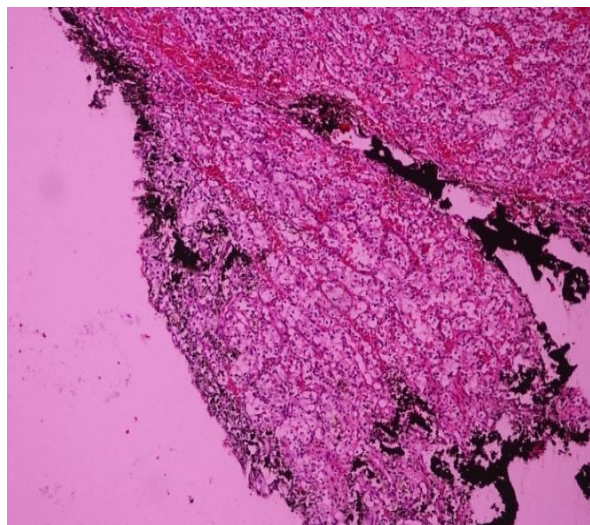


Figura 6 Aspecto microscópico de tumor izquierdo, carcinoma renal de células claras.

DISCUSIÓN

El carcinoma renal de células claras es uno de los tipos histológicos más frecuentes en cuanto a carcinomas renales, representa hasta el 90 % de los casos. Es un reto en cuanto al diagnóstico y manejo debido a que la triada clásica de dolor, hematuria y masa palpable se presenta en 6-10 % y por lo general es tardía cuando el tumor se encuentra en estadios avanzados o en síndromes para neoplásicos (30%).⁷

Con el desarrollo de las herramientas de imágenes podemos hacer diagnóstico precoz, la Tc se ha vuelto un método accesible para el diagnóstico y da pautas para el abordaje quirúrgico siendo sugerente de malignidad el realce posterior al medio de contraste medido en UH.¹

El abordaje quirúrgico fue adecuado en pacientes con masas renales bilaterales no está totalmente definido sin embargo se deben considerar siempre un abordaje quirúrgico laparoscópico o convencional con el que se logre realizar resección del tumor conservando función renal en un paciente al cual se le debe asegurar calidad de vida con la menor morbi- mortalidad posible según la preferencia y experiencia del cirujano.⁸

En el contexto del paciente al obtener el diagnóstico de carcinoma renal de células claras asociado al antecedente de hemangioblastoma en SNC, se cumplen criterios clínicos para Enfermedad de Von Hippel- Lindau (VHL); además el paciente presenta quiste a nivel del páncreas como hallazgos en la TC. No se encontraron antecedentes familiares del

paciente a pesar que esta patología se presenta como una enfermedad genética de herencia autosómica dominante, de alta penetrancia con alteraciones del gen VHL localizado en el brazo corto del cromosoma 3 (3p25.5).⁹

CONCLUSIÓN

La nefrectomía parcial bilateral es un procedimiento quirúrgico con buenos resultados en el manejo de casos complejos donde se debe priorizar la función renal (cirugía conservadora de nefronas) asegurando calidad de vida al paciente, los estudios indican una buena evolución de la enfermedad posterior a la resección quirúrgica.

Dada la buena evolución del paciente y lo expuesto en la literatura con poca recidiva tumoral descrita a pesar de los márgenes quirúrgicos tomados se deberá dar vigilancia activa del paciente.¹

BIBLIOGRAFÍA

1. B. Ljungberg (Chair), L. Albiges, J. Bedke, A. Bex (Vice- Chair) et al. EAU Guidelines. Renal Cell Carcinoma. Presented at the EUA Annual Congress Milan 2021. ISBN 978-94-92671-13-4.
2. Tellini, R., et al. Positive Surgical Margins Predict Progression-free Survival After Nephron-sparing Surgery for Renal Cell Carcinoma: Results from a Single Center Cohort of 459 Cases with a Minimum Follow-up of 5 Years. Clin Genitourin Cancer, 2019. 17:e26. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30266249> <https://doi.org/10.1016/j.clgc.2018.08.004>
3. Sundaram, V., et al. Positive margin during partial nephrectomy: does cancer remain in the renal remnant? Urology, 2011. 77: 1400. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21411126> <https://doi.org/10.1016/j.urology.2010.12.016>
4. Moch, H., et al. The 2016 WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs-Part A: Renal, Penile, and Testicular Tumours. Eur Urol, 2016. 70: 93. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26935559> <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.02.029>
5. C. Martínez Rodríguez, G. Tardáguila de la Fuente, A.M. Villanueva Campos, Manejo actual de las masas renales pequeñas, Radiología, Volume 62, Issue 3, 2020, Pages 167-179, ISSN 0033-8338, <https://doi.org/10.1016/j.rx.2019.11.004>
6. A. Vilaseca, M. Musquera, D.P. Nguyen, et al. Evolución de la técnica quirúrgica en el manejo de la masa renal. Actas Urol Esp. 2016;40(3):148-154. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2015.08.009>
7. Sacco, E., et al. Paraneoplastic syndromes in patients with urological malignancies. Urol Int, 2009. <https://doi.org/10.1159/000224860>
8. Hemal AK, Kumar A, Kumar R, Wadhwa P, Seth A, Gupta NP. Laparoscopic versus open radical nephrectomy for large renal tumors: a long-term prospective comparison. J Urol. 2007 Mar;177(3):862-6. PMID: 17296361. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2006.10.053>
9. I. SALINAS VERT. Von Hippel-Lindau's disease, Rev., Endocrinología y Nutrición, Elsevier, España 1999

Copyright (c) 2022 Juan Pablo Andino Guillén y Leonardo Rayo Meza.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumendelicencia](#) - [Textocompletodelalicencia](#)