



Asociación Urológica de
Centroamérica y el Caribe

Neoplasia Renal Poco Frecuente en un Paciente Joven Carcinoma Renal de Conductos Colectores.

Rare Renal Neoplasm in a Young Patient

Collecting Duct Renal Carcinoma.

Arriola Ortíz, Hugo Aaron¹; Petersen Juárez, Erick Stanley²; Polanco Gudiel, Estuardo José³; Salazar Monterroso, Carlos Brisbane³; Pérez Chún, Sergio Guillermo³; Monterroso, Julio⁴; Orozco, Roberto⁴; Gramajo, Marisol⁴; Fortuny, Alina⁴.

(1) Residente de segundo año de Urología, IGSS 2017.

(2) Jefe del servicio de Urología del IGSS, Coordinador del Post grado de Urología del IGSS, Cirujano Urólogo. IGSS 2017.

(3) Especialista del Servicio de Urología, Cirujano Urólogo. IGSS 2017.

(4) Departamento de Patología, IGSS 2017.

RESUMEN

El cáncer renal constituye alrededor de 3% de las neoplasias malignas 1,2,6,7,8,10. La relación por sexo es mayor en el género masculino, con una relación 3:2 1,2,8,10. Es la neoplasia de vía urinaria de mayor mortalidad, que es alrededor de 40% 1,5,8,10. Solamente en un 3% a 8% se diagnostican en pacientes menores de 40 años, según diferentes estudios 1,3,8,10. Los factores pronósticos conocidos son: el estadio clínico, el grado celular y el tipo histológico 1,4,8,9,10. Algunas series han señalado que los pacientes de menor edad se ha encontrado presencia de metástasis y afección linfática, según el comportamiento biológico es más agresivo en pacientes jóvenes 1,4,8,10. El diagnóstico incidental en pacientes menores, es mayor por el recurso de la ultrasonografía y de tomografía, con ello es factible que se diagnostiquen en un estadio clínico temprano mejorando las posibilidades de sobrevida 1,7,8,10. Además, el carcinoma de conductos colectores representa del 1 al 3% de las neoplasias renales, presentando en un 45% metástasis al momento de su diagnóstico y presentando una sobrevida de 12 a 36 meses 1,8,9,10. Se presenta caso de paciente de 23 años manejado en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social a quien se le diagnostica por patología Carcinoma Renal de Conductos Colectores del lado Derecho.

PALABRAS CLAVE

Cáncer renal, Paciente joven, Nefrectomía, Factores pronósticos, Metástasis, Afectación linfática, Carcinoma Renal de Vías Colectoras, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

ABSTRACT

Kidney cancer accounts for about 3% of malignant neoplasms 1,2,6,7,8,10. The sex ratio is higher in the male gender, with a 3: 2 ratio 1,2,8,10. It is the urinary tract neoplasia with the highest mortality, which is around 40% 1,5,8,10. Only 3% to 8% are diagnosed in patients younger than 40 years, according to different studies 1,3,8,10. The known prognostic factors are: the clinical stage, the cellular degree and the histological type 1,4,8,10. Some series have

pointed out that younger patients have found metastases and lymphatic involvement, as the biological behavior is more aggressive in young patients 1,4,8,9,10. The incidental diagnosis in younger patients is greater due to the use of ultrasonography and tomography, so it is possible that they are diagnosed in an early clinical stage, improving the chances of survival 1,7,8,10. In addition, carcinoma of the collecting ducts represents less than 1% of renal neoplasms, presenting at 45% metastasis at the time of diagnosis and presenting a survival of 12 to 36 months 1,4,8,9,10. We present a case of a 23-year-old patient managed at the Guatemalan Social Security Institute who is diagnosed for pathology Renal Carcinoma of Collecting Ducts on the Right Side.

KEYWORDS

Kidney cancer, Patient younger, Nephrectomy, Prognostic factors, Metastases, Lymphatic involvement, Renal Carcinoma of Collecting Ducts, Guatemalan Social Security Institute.

CASO CLINICO

Paciente masculino de 23 años. Motivo de consulta fue dolor abdominal en flanco derecho de 3 días de evolución, enviado de unidad periférica con informe de ultrasonido, evidenciando masa colónica derecha o hepática.

Se realiza Tomografía de Abdomen Completo donde se evidencia Lesión Mitótica en Riñón Derecho. (ver Figura No. 1).

Se decide ofrecer Tratamiento Quirúrgico, se aborda por Lumbotomía, evidenciando Masa en Polo Superior de Riñón Derecho y de 12 x 10 cms. con abundante fibrosis a nivel perirrenal, hilio renal y uréter, con adherencias a peritoneo, por lo que se efectúa Nefrectomía Radical Derecha.

En reporte de patología reporta Cáncer Renal de Conductos Colectores, sin Permeación Vascular, con Infiltración a Grasa Perirrenal, Hilio y resto de los bordes quirúrgicos libres de lesión. (FIGURA No. 2 y 3).

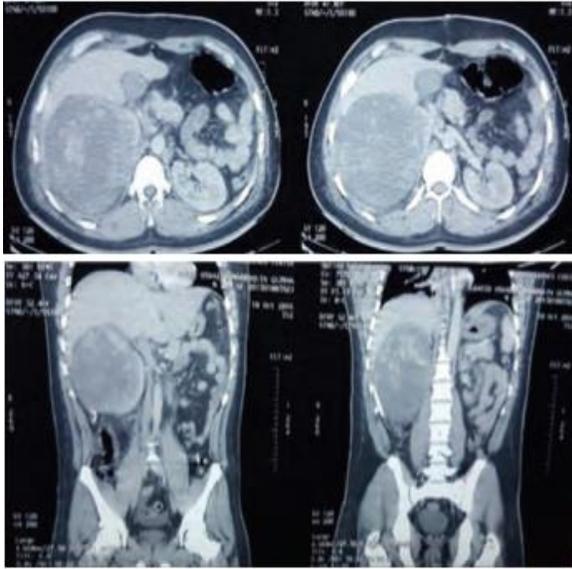


Figura No. 1. Masa Renal derecha de 14 x 12 cms, que involucra todo el parénquima renal, sugestivo de lesión mitótica.

Actualmente paciente con buena evolución post operatoria. Por parte Oncología Médica se iniciará tratamiento adyuvante con Cisplatino y Gemcitabina.

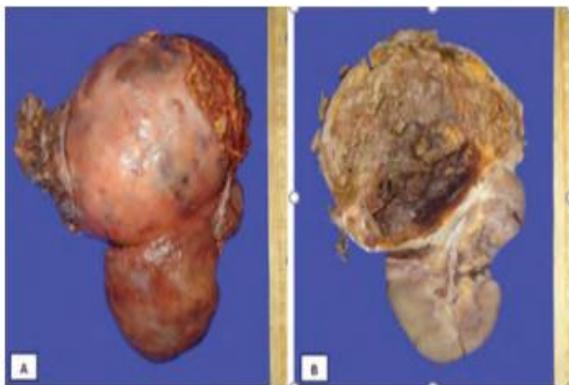


Figura No. 2. Masa Renal y Riñón Derecho.

A. Espécimen de 600 gramos con riñón de 10x6.6x4.5 cm, con neoplasia nodular en polo superior de 12x10x7cm.

B. Al corte, neoplasia café con áreas amarillentas, con extensa necrosis y hemorragia, que infiltra tejido perirrenal. Médula renal de 3 cm, corteza renal de 1 cm.

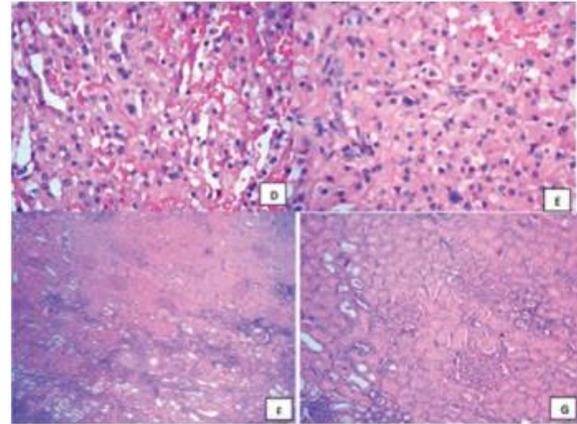


Figura No. 3.

Cortes microscópicos de Masa Renal Derecha.

D. Acercamiento de la neoplasia muestra formación de túbulos, con epitelio cuboidal simple con citoplasma abundante densamente eosinófilo, núcleos con pleomorfismo moderado, con cromatina granular gruesa y presencia de nucléolos prominentes (HyE 40X).

E. Algunas áreas de la neoplasia muestran patrón sólido con las mismas características celulares (HyE 40X).

F y G. Parénquima renal residual con áreas extensas de cambio eosinófilo del epitelio tubular (oncocítico) (HyE 4X y 10X).

DISCUSIÓN

El cáncer renal de conductos colectores o de conductos de Bellini se da en un porcentaje bajo 1,4,8,9,10. Sabemos que este tipo de cáncer se da más en hombres como fue en este caso 1,2,8,10. Según su edad, la probabilidad de una neoplasia en este rango es solamente de un 3 al 8%, y por el tipo histológico, su frecuencia es menor al 1% en este tipo de neoplasias 1,4,8,9,10. Sin embargo, por su histología y su estadiaje, el pronóstico es reservado y su supervivencia es baja, debido a que esta neoplasia es muy agresiva, secundario a la presencia de metástasis y afección linfática como se describe en la literatura 1,3,4,7,8,9,10.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campbell S, Novick A, Bukowski R. Renal Tumors. En Wein A, Kavoussi L, Novick A, Partin A, Peters C. Campbell-Walsh Urology, 10a. Ed. Vol. 2 Ed. Saunders; 2012: 1567-1637.
2. Lieber M, Tomera F, Taylor W, Farrow G. Renal adenocarcinoma in young adults: survival and variables affecting prognosis. J Urol 1981;125:164-8. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(17\)54948-4](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(17)54948-4)
3. Gómez L, Budía A, Delgado F, et al. Incidental renal cancer in young adults: clinical and histopathological findings. Actas Urol Esp 2007;31:244-9. [https://doi.org/10.1016/S0210-4806\(07\)73629-X](https://doi.org/10.1016/S0210-4806(07)73629-X)
4. Sanchez R, Rosser C, Madsen L, et al. Young age is an independent prognostic factor for survival of sporadic renal cell carcinoma. J Urol 2004;171(6 Pt 1):2160-5. <https://doi.org/10.1097/01.ju.0000125487.96469.2e>

5. Schiff M Jr, Herter G, Lytton B. Renal adenocarcinoma in young adults. Urology 1985;25:357-9. [https://doi.org/10.1016/0090-4295\(85\)90486-8](https://doi.org/10.1016/0090-4295(85)90486-8)
6. Kantor A, Meigs J, Heston J, Flannery J. Epidemiology of renal cell carcinoma in Connecticut, 1935-1973. J Natl Cancer Inst 1976;57:495-500. <https://doi.org/10.1093/jnci/57.3.495>
7. Berger A, Crouzet S, Canes D, Haber G, Gill I. Minimally invasive nephron-sparing surgery. Curr Opin Urol 2008;18:462-6. <https://doi.org/10.1097/MOU.0b013e32830a4f10>
8. Guidelines on Renal Cell Carcinoma, European Association of Urology, 2015.
9. The International Society of Urological Pathology (ISUP) Vancouver Classification of Renal Neoplasia, Am J Surg Pathol. Vol. 37, N 10 Oct 2013. <https://doi.org/10.1097/PAS.0b013e328299f14a>
10. Surgical Management Of Kidney Cancer: American Urological Association/ Guidelines, 2016

Copyright (c) 2017 Arriola Ortíz, Hugo Aaron; Petersen Juárez, Erick Stanley; Polanco Gudiel, Estuardo José; Salazar Monterroso, Carlos Brisbane; Pérez Chún, Sergio Guillermo; Monterroso, Julio; Orozco, Roberto; Gramajo, Marisol; Fortuny, Alina.



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](#)