

Masa renal postraumática simulando un adenocarcinoma renal

Renal post-traumatic mass simulating a kidney adenocarcinoma

**Dr. Fernando Fernández Marichal; Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rafael Pila Peláez;
Dr. Pedro Rosales Torres; Dr. Charles Vázquez Drake**

Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey,
Cuba.

RESUMEN

Se presentó un caso con una masa renal diagnosticada por ecografía computarizada, la cual arrojó un pseudotumor inflamatorio. Fue necesario realizar una profunda revisión del tema para concluir que se trataba de un tumor secundario a un traumatismo sufrido por el paciente 15 años antes. El pseudotumor inflamatorio del riñón es una identidad poco común.

DeCS: NEOPLASMAS RENALES

ABSTRACT

This paper reports on a case of a renal mass being tested with computerized sonography and diagnosed as inflammatory kidney pseudotumor, an uncommon disorder. A thorough review of the literature was necessary before concluding that we were dealing with a tumor that was secondary to a trauma the patient had suffered 15 years back.

DeCS: KIDNEY NEOPLASMS.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente el diagnóstico del cáncer renal se realizaba por la clásica tríada sintomática de dolor en flanco, masa y hematuria. Actualmente gracias al desarrollo y difusión de la ecografía y la tomografía computarizada (TC) se realiza cada vez con mayor frecuencia y mejores resultados¹, incluso, el análisis de series publicadas desde hace años hasta el momento actual indica que el diagnóstico incidental se ha incrementado desde un 15 % hasta un 65 %.^{2, 3}

La ecografía es muy certera en el diagnóstico de las masas renales ya sean líquidas (quistes) o sólidas (tumores); por lo regular toda masa sólida detectada por esta técnica siempre es un tumor y se debe confirmar con otras pruebas, puede o no ser un tumor benigno o maligno y precisa de una exploración quirúrgica y un estudio anatomopatológico para completar o confirmar el estudio. De todos los medios exploratorios el estudio histopatológico es el que brinda el diagnóstico definitivo.

El objetivo de este trabajo es presentar el hallazgo casual de un pseudotumor inflamatorio renal, de histología benigna, secundario a un traumatismo renal ocasionado varios años antes.

Presentación del caso

Paciente de 56 años, masculino, con antecedentes de politraumatismo por accidente de tránsito hace 15 años que estuvo ingresado en otro centro por contusión craneal y

renal derecha por espacio de 12d, durante ese ingreso presentó dolor intenso en fosa lumbar derecha, acompañado de hematurias severas, por lo que se le indicaron diferentes exámenes y fue dado de alta sin alteraciones.

Desde hace cinco años comenzó con hipertensión arterial, fue atendido por el médico del policlínico, el cual le indicó tratamiento con B-Bloqueante y dieta hiposódica. Hace más o menos diez meses presentó hematuria total con coágulos filiformes de varios días, por lo que acudió al urólogo que le indicó Cotrimoxazol y reposo, mejoró su cuadro clínico hasta hace más o menos 30d que acudió de nuevo a la consulta por hematuria total con abundantes coágulos y dolor de tipo cólico en flanco derecho. La orina fue en todas las micciones, presentó escalofríos y fiebre de 38°C.

Examen físico: Paciente con afectación del estado general, algo deshidratado con mucosa normocoloreada.

Examen cardiopulmonar: Normal con T.A. de 140/80 mmHg, F. central de 96 latidos x min.

Abdomen: No presentó contracturas, ni tumoraciones.

Maniobras renales: Sólo se encontró dolor a la palpación profunda en el riñón derecho.

Tacto rectal: Normal.

Neurológico: Normal.

Estudio analítico: se destacaron como exámenes anormales la velocidad de sedimentación globular 65mm/h y leucocitosis de 15, 500 x 10⁹/L con diferencial normal. Orina densidad 1, 020, leucocitos 40 – 50 x campos y campos cubiertos con hematíes. Urocultivos seriados negativos.

Radiografía de tórax y abdomen simple: Normales. Ecografía abdominal, riñones, próstata, hígado, bazo, páncreas y vesícula sin alteraciones. Riñón izquierdo, vejiga y próstata: normales. En el riñón derecho se observa masa redondeada en zona media que deforma discretamente el contorno renal y que protruye hacia el seno, isoeoica con el parénquima, que mide aproximadamente 6 cm. TC de riñón derecho: masa de 6-7cm, de márgenes bien definidas, en zona media del riñón derecho que capta contraste compatible con adenocarcinoma renal.

Ecg: Taquicardia sinusal.

Con el diagnóstico presuntivo de un hipernefroma por la clínica, exámenes de laboratorio y radiológicos se realizó nefrectomía radical derecha, su evolución después del acto operatorio fue totalmente favorable. El estudio anatomopatológico arrojó la

presencia de un tumor miofibroblástico inflamatorio (pseudotumor inflamatorio) (Fig.1).

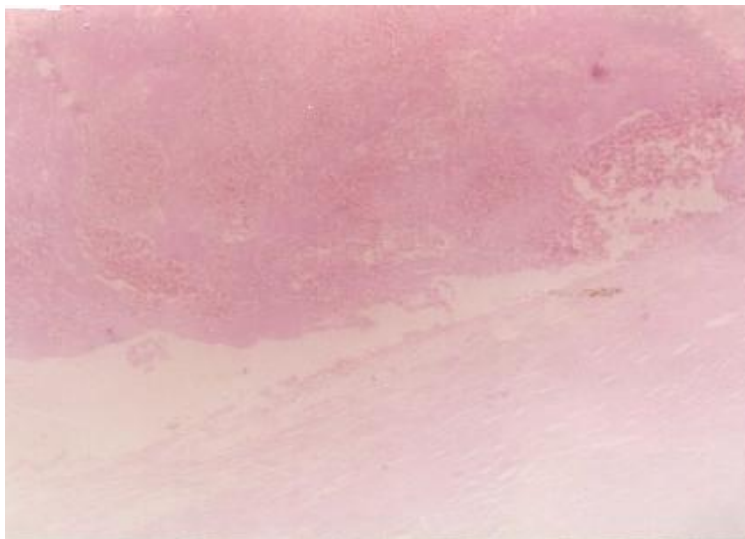


Fig. 1. Hematoma renal encapsulado secundario a un trauma. Obsérvese la cápsula fibrosa alrededor (Coloración H/E x 20)

DISCUSIÓN

El pseudotumor inflamatorio miofibroblástico es un tumor renal benigno y una entidad excesivamente rara ya que hasta el momento sólo se han reportado seis casos en la literatura, ⁴ es por ello que nunca pensamos en este tipo de tumor y sí en un tumor maligno, por lo que se le practicó una nefrectomía radical a nuestro paciente.

A este tipo de tumor se le han aplicado diferentes denominaciones como tumor fibromixoide pseudosarcomatoso, pseudosarcoma, granuloma de células plasmáticas, tumor miofibroblástico, ^{5, 6} los cuales se observan con cierta frecuencia en pulmón, cuello, intestino, órbita y ganglios linfáticos ^{6, 7} Es muy raro en el aparato genitourinario, se presenta con frecuencia en vejiga y próstata, ⁵ incluso se ha reportado en testículo, pero en raras ocasiones en el riñón,⁸ es más frecuente en pelvis que en parénquima. ⁶ Como hemos señalado es un tumor de origen mesenquimal, ⁴ con una proliferación miofibroblástica con infiltración plasmática, ⁸ su causa se desconoce aún, se citan como posibles causas un proceso reactivo ante infecciones o conflictos autoinmunes. ^{5, 7, 9} *Tazi et al,* ⁷ y *Aessopos et al,* ⁴ plantean también su

relación con posible origen en isquemia o reacción postraumática, como ocurrió en este enfermo. *Satoh et al*,¹⁰ informan un caso como resultado de embolización de una malformación vascular. Se ha reportado asociado a otras enfermedades como, linfomas, tumor de Wilms, enfermedad de Behcet y enfermedades inmunes.⁴

La ecografía señala la típica masa isoecoica con el parénquima renal con zonas hipocogénicas, heterogénea a veces e incluso con pequeñas calcificaciones,⁴ estos resultados son muy frecuentes en los tumores renales tipo II ecográfico,¹¹ como se demostró en nuestro paciente.

La TC muestra también un proceso expansivo intrarrenal, captante de contraste, también típico del hipernefroma^{7,9,10} y que fue observado en este paciente.

Es muy raro que se presente en forma de hematuria monosintomática,^{9,10} lo cual afirmábamos en nuestro paciente, aún con la sospecha de un hipernefroma, otros síntomas pueden estar dado por la fiebre del paciente y el dolor en flanco derecho.^{1,2} *Tazi et al.*⁷ señalan que en estos enfermos no es fiable la citología por aspiración (BAAF), ni la biopsia por punción percutánea o incluso a cielo abierto.^{5,8} Por este motivo el tratamiento debe ser la excisión quirúrgica de forma radical,^{5,7,10} ya que el diagnóstico lo confirma el estudio histológico de la pieza, la cual se utiliza también para realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades, como pudimos confirmar en nuestro paciente.

Antes de llegar a la terapéutica quirúrgica con estudio histopatológico de la pieza en un paciente con hematuria y masa renal, se deben realizar exámenes como la ecografía renal y vesical, la citología urinaria, la TC con contraste y la urografía excretoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina López R, Congregado Ruiz C, Campoy Martínez P, Morales López A, Sánchez Gómez E, Pobil Moreno J, et al. Cáncer renal: análisis descriptivo de una serie de 267 casos intervenidos. *Arch Esp de Urol*. 2001;54:423-8.
2. Bos S, Mellema C, Mewsink H. Increase in incidental renal cell carcinoma in the northern part of the Netherlands. *Eur Urol*. 2000;37:267-71.
3. Luciani L, Cestari R, Talarigo C. Incidental renal cell carcinoma-age and stage characterization and clinical implications: study of 1092 patients. *Urology*. 2000;56:58-63.

4. Aessopos A, Alatzoglou K, Korovesis K. Renal pseudotumor simulating malignancy in a patient with Behcets disease: a case report and review of the literature. *AMJ Nephrol.* 2000;20:217-21.
5. Bell N, Gavras J, Donnell C. Renal inflammatory pseudotumor. *South Med J.* 1998;91:1050-6.
6. Leroy X, Copin M, Graziana J. Inflammatory pseudotumor of the renal pelvis. A report of 2 cases with clinico-pathologic and inmunohistochemical study. *Arch Pathol Lab Med.* 2000;124:209-16.
7. Tazi K, Ehirchiou A, Karmiooni T. Inflammatory pseudotumors of the Kidney: a case report. *Ann Uri.* 2001;35:30-7.
8. Vujanic G, Berry P, Frank J. Inflammatory pseudotumors of the Kidney with extensive metaplastic bone. *Pediatr pathol.* 1994;14:557-63.
9. Epaucard O, Fabre M, Barnoud R. Renal inflammatory pseudotumor manifesting as a prolonged fever. *Rev Med Interne.* 2000;21:889-94.
10. Satoh E, Arai H, Gotoh T. Renal inflammatory pseudotumor after embolization for arteriovenous malformation: a case report. *Hinyokika Kiyō.* 2000;46:23-6.
11. Pérez Arbej J, Arnaíz Esteban F, Espuela Orgaz R. Aplicación de la ecografía renal en urología. *Urología integrada.* 1998;3:179-84.

Recibido: 19 de febrero de 2004.

Aceptado: 22 de julio de 2004.

Dr. Fernando Fernández Marichal. Especialista de I Grado de Urología. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.