

Carcinoma renal de células claras en riñón ectópico presacro

Clear cell renal carcinoma in pre-sacrum ectopic kidney

Dr. Luis Senra Armas,¹ Dra. Alina Odriozola Guitart,¹ Dr. Eibis Matos Lovaina,¹
Dra. Adelyn Morales Weng¹

¹ Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

A pesar de ser la ectopia renal una anomalía usual y el carcinoma de células claras la neoplasia renal más frecuente, existen muy escasos reportes de presentación simultánea de ambas condiciones. Se notificó una paciente, con estas características, que fue tratada quirúrgicamente y mantuvo una evolución satisfactoria.

Palabras clave: Ectopia renal, carcinoma renal de células claras.

ABSTRACT

In spite of the fact that the renal ectopy is a common anomaly and the clear cell carcinoma is the more frequent renal neoplasm, there are not many reports on a simultaneous presentation of both conditions. There was the case of a female patient presenting these features and that was operated on with a satisfactory course.

Key words: Renal ectopy, clear cells renal carcinoma.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de anomalías congénitas renales y del tracto urinario es de 0,3 a 1,6 por 1 000 nacidos, es mayor entre mujeres con historia familiar.¹ La ectopia renal en cualquiera de sus localizaciones es un hallazgo en 1 de cada 1 000 autopsias. Comúnmente no produce síntomas.

El carcinoma de las células renales representa entre 80 y 85 % de los tumores malignos primarios del riñón.² La incidencia de esta enfermedad se ha ido incrementando en los últimos años y varía en las diferentes áreas geográficas. En Estados Unidos se diagnosticaron más de 54 000 nuevos casos en 2008.

No obstante, la presencia de ambas entidades al unísono, es decir, un carcinoma de células renales en un riñón de localización ectópica, es una condición extremadamente inusual, por lo que estamos notificando un caso.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina, blanca, de 51 años de edad, con antecedentes patológicos personales de HTA desde hace 2 años. Es admitida en el hospital por presentar discreto dolor abdominal al nivel de flanco izquierdo acompañado de hematuria, con presencia de coágulos y astenia.

En la exploración general se evidenciaba estado clínico satisfactorio, discreta palidez de piel y mucosas, llamó la atención, en el abdomen, un aumento de volumen moderado al nivel de flanco, fosa ilíaca izquierda, mesogastrio e hipogastrio, donde se palpaba masa tumoral que sobrepasaba la línea media, fija, dura, no dolorosa, de aproximadamente 10 cm de diámetro, sin contacto lumbar. No se precisó visceromegalia. Los ruidos hidroaéreos eran normales.

La exploración cardiorrespiratoria podía considerarse normal, ningún otro elemento resultó significativo.

En los exámenes complementarios se reportaron los resultados siguientes: hemoglobina: 91 g/L; VSG: 74 mm/h; leucocitos: $8,3 \times 10^9$; glucemia: 4,29 mmol/L; creatinina: 93 mmol/L; ácido úrico: 379 mmol/L; colesterol: 4,35 mmol/L; triglicéridos: 1,81 mmol/L; TGO: 14 U/L; TGP: 10 U/L; fosfatasa alcalina: 252 U/L y GGT: 33 U/L.

- Gammagrafía renal con ^{99m}Tc- DMSA: Riñón derecho de tamaño y localización normal, contornos irregulares, contribuye en un 85 % a la función global. Riñón izquierdo, de tamaño muy disminuido, forma irregular, alargado y afinado, localizado entre la fosa ilíaca izquierda y el hipogastrio.

- Ecografía abdominal: Riñón derecho (RD) de tamaño y localización normal con ligera ectasia pielocalicial. Riñón izquierdo (RI) de localización ectópica, variedad presacra, prácticamente sustituido por una gran masa tumoral de apariencia compleja, predominantemente sólida, polilobulada, de contornos no bien definidos, que ocupaba la fosa ilíaca izquierda y se extendía hacia la línea media y flanco, que parecía adicionalmente englobar al ovario y al cuerno uterino izquierdo así como a asas intestinales (fig. 1). La masa tumoral producía, además, compresión sobre la cara anterior de la vejiga y mitad izquierda del suelo vesical. Existía un gran cálculo en

proyección piélica. No se observaban adenopatías intrabdominales ni otras alteraciones en el rastreo abdominal.



Fig. 1. Ecografía abdominal. Se aprecia riñón izquierdo en localización presacra prácticamente sustituido por una masa tumoral.

- Examen con DD y DC: Abundante vascularización con patrón de vasos de neoformación al nivel de la estructura descrita.

- TAC de abdomen con administración oral de contraste: masa tumoral polilobulada, intraperitoneal, que medía 11 cm de diámetro con densidad de 40 UH y ligeros signos de hidronefrosis derecha (fig. 2). Se apreciaron múltiples calcificaciones intratumorales. Al examen con repleción de la vejiga el aspecto del útero era fibromatoso y parecía ser independiente de la tumoración abdominal.



Fig. 2. TAC con contraste oral. Se aprecia gran masa tumoral intraperitoneal con áreas de densidad variable en localización presacra.

La paciente fue transferida al servicio de urología donde se realizó nefrectomía del riñón izquierdo, presacro, se resecó la gran masa tumoral que infiltraba tejidos vecinos. Las asas intestinales no estaban involucradas.

El estudio anatomopatológico evidenció la presencia de un carcinoma renal de células claras, grado nuclear 3-4 sobre 15, de 3 cm de diámetro mayor, con infiltración de la grasa perirrenal y del seno del hilio. El tumor infiltraba la pelvis renal. Se observaban áreas quísticas y de necrosis. No había invasión de vasos del hilio renal.

La evolución posquirúrgica fue satisfactoria y la paciente fue egresada a las 72 h de la intervención.

COMENTARIOS

A pesar de ser el carcinoma de células renales el tumor renal más frecuente en adultos y de la elevada incidencia de ectopia renal en la población general, la coincidencia de ambos fenómenos resulta excepcional.

*Hernández Toriz y otros*³, alertan sobre las precauciones en el tratamiento quirúrgico de estos casos, dadas las particularidades en la anatomía vascular, y sugieren estudios angiográficos previos, en aras de evitar accidentes quirúrgicos.

A nuestra paciente no se le realizó estudio angiográfico y no se presentaron complicaciones transoperatoria ni posoperatoria.

En pacientes con anomalías del tipo riñón en herradura se ha reportado un incremento en la incidencia de tumores de la pelvis renal, no así de carcinoma de células claras.⁴

Mahmoudnejad y otros,⁵ adscriptos al Centro de Investigaciones en Nefrourología de la Universidad Shahid Beheshti de Teherán, notificaron, en 2009, el que consideran como séptimo caso reportado de carcinoma de células renales en riñón de localización presacra.

Nosotros aportamos la información sobre esta paciente, basados en que no hemos hallado ningún reporte previo en nuestro país, y por la presencia de menos de 10 reportes internacionales sobre casos similares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reuss A, Wladimiroff JW, Niermeijer MF. Antenatal diagnosis of renal tract anomalies by ultrasound. *Pediatr Nephrol.* 1987; 1:546.
2. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of eighteen major cancers in 1985. *Int J Cancer.* 1993;54:594.
3. Hernández Toriz N, Flores Ojeda R, Ixquiac Pineda G. Tumor renal en riñón pélvico. Reporte de caso. *Arch Esp Urol.* 2006 Oct;59(8):826-9.

4. Buntley D. Malignancy associated with horseshoe kidney. *Urology*. 1976;8:146-8.
5. Mahmoudnejad N, Danesh A, Abdi H. Renal cell carcinoma in presacral pelvic kidney. *J Pak Med Assoc*. 2009 Jul;59(7):482-3.

Recibido: 1 de marzo de 2011.

Aprobado: 2 de marzo de 2011.

Dr. *Luis Senra Armas*. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", San Lázaro No. 701 entre Belascoaín y Marqués González, Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba. CP 10 300. luis.senra@gmail.com