

Tumoración renal avascular

Pedro Paños Lozano*

José A. Cabrera Cabrera**

Manuel R. Diz Rodríguez***

Carlos Alpuente Román****

RESUMEN

Presentación de un caso clínico de Hipernefroma avascular con ausencia de sintomatología, hasta la apreciación de masa en flanco, informado como masa renal por Ecografía y TAC.

El estudio angiográfico renal da como resultado la presencia de masa avascular de carácter quístico.

El estudio Anatomopatológico post-extirpación confirma finalmente el diagnóstico de *Tumor Renal de Gratwich o Hipernefroma*.

SUMMARY

Presentation of a clinical case of avascular Hypernephroma with absence of symptoms, until a mass on the flank is noted, and seen by Echography and TAC to be arenal mass.

The result of the angiographic renal study is to show the presence of an avascular mass of a cystic nature.

The post-extirpation Anatomic-pathological study finally confirms the diagnosis of a Gratwich or Hypernephroma Renal Tumour.

INTRODUCCION

El Carcinoma renal o Hipernefroma es un tumor relativamente raro, que constituye aproximadamente el 3% de los tumores del adulto.

Más frecuente en la 6.ª década de la vida con una relación hombre-mujer de 2 a 1, y con una incidencia mayor asociada a pacientes con enfermedad de Von Hippel Landau y enfermedad poliquistica.

Etiológicamente no se ha demostrado un agente específico, siendo más frecuente en fumadores de pipa o cigarrillos.

Clinicamente presenta una triada clásica (dolor, hematuria y masa en flanco), que acompaña a la gran mayoría de estos tumores, pero que en el caso que nos ocupa no apareció, siendo el único síntoma masa en hemiabdomen derecho. Otros síntomas acompañantes según evo-

luciona el proceso, serían la pérdida de peso, fiebre e Hipertensión arterial.

Durante años la base final definitivamente diagnóstica, de estos Procesos, lo constituía la Arteriografía renal debido a las características típicas vasculares del Hipernefroma, como son su gran vascularización, la existencia de fistulas arteriovenosas, la acumulación de contraste en los vasos tumorales y la acentuación de vasos capsulares.

Sin embargo, como en el caso siguiente, el trabajo diario nos depara sorpresas importantes, tanto en la sintomatología clínica como en los estudios diagnósticos efectuados.

CASO CLINICO

Paciente de 46 años de edad, varón, apendicectomizado hace 30 años, no fumador ni bebedor, con antecedentes de cólicos nefríticos de repetición, sin hallazgos litiásicos.

En noviembre de 1989, refiere molestias en hipogastrio, por los

cuales consulta a su Médico de Cabecera, el cual nos lo remite apreciándose tumoración de gran tamaño que ocupa todo hemiabdomen derecho y que sobrepasa línea media, siendo ésta elástica, renitente, no dolorosa a la palpación y no adherida a planos superficiales, sin más sintomatología.

Se realiza un estudio analítico de sangre, en el que destaca una VSG de 16-36, siendo el resto normal. Orina, siendo éste normal.

El estudio radiológico consta de una Urografía, Ecografía, TAC y Arteriografía. Las Urografías muestran gran descenso de la silueta renal derecha, prácticamente situada en Fosa Iliaca derecha, por masa en polo superior. El Riñón derecho conserva su funcionalidad, apreciándose desplazamiento caudal de cálices inferiores. El Riñón izquierdo y Vejiga normales.

Para aclarar la naturaleza de dicha masa se solicita una Ecografía abdominal, en el cual el Riñón derecho aparece aumentado de tamaño y desplazado en sentido caudal. En polo superior, se visualiza enorme masa redondeada, capsula-

* Comandante Médico Diplomado.

** Capitán Médico Diplomado.

*** Capitán Médico, Alumno de Urología.

**** Médico Civil contratado.

Servicio de Urología. Hospital Militar Central "Gómez Ulla".

da..., que protusiona cara posterior de reborde hepático de 132 × 133 mm. y sonodensa.

J.C.: Gran masa T. polo superior del Riñón derecho.

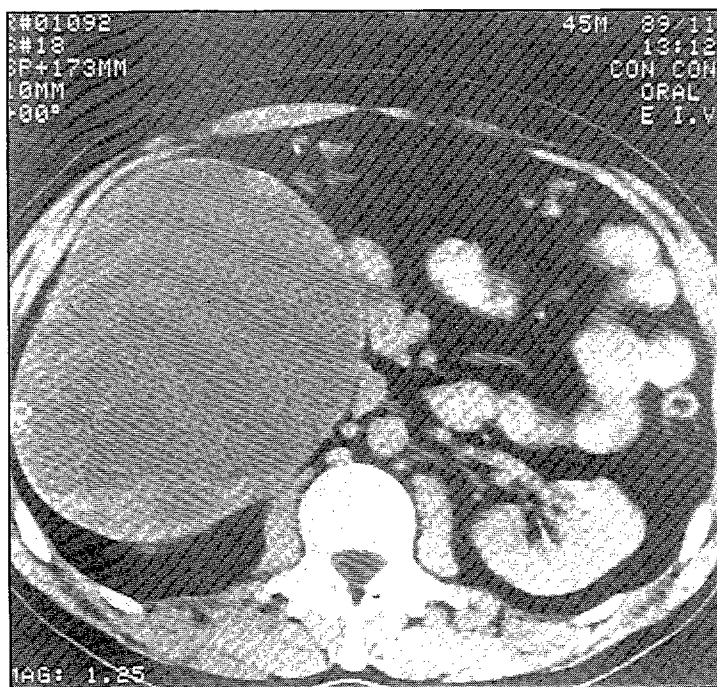
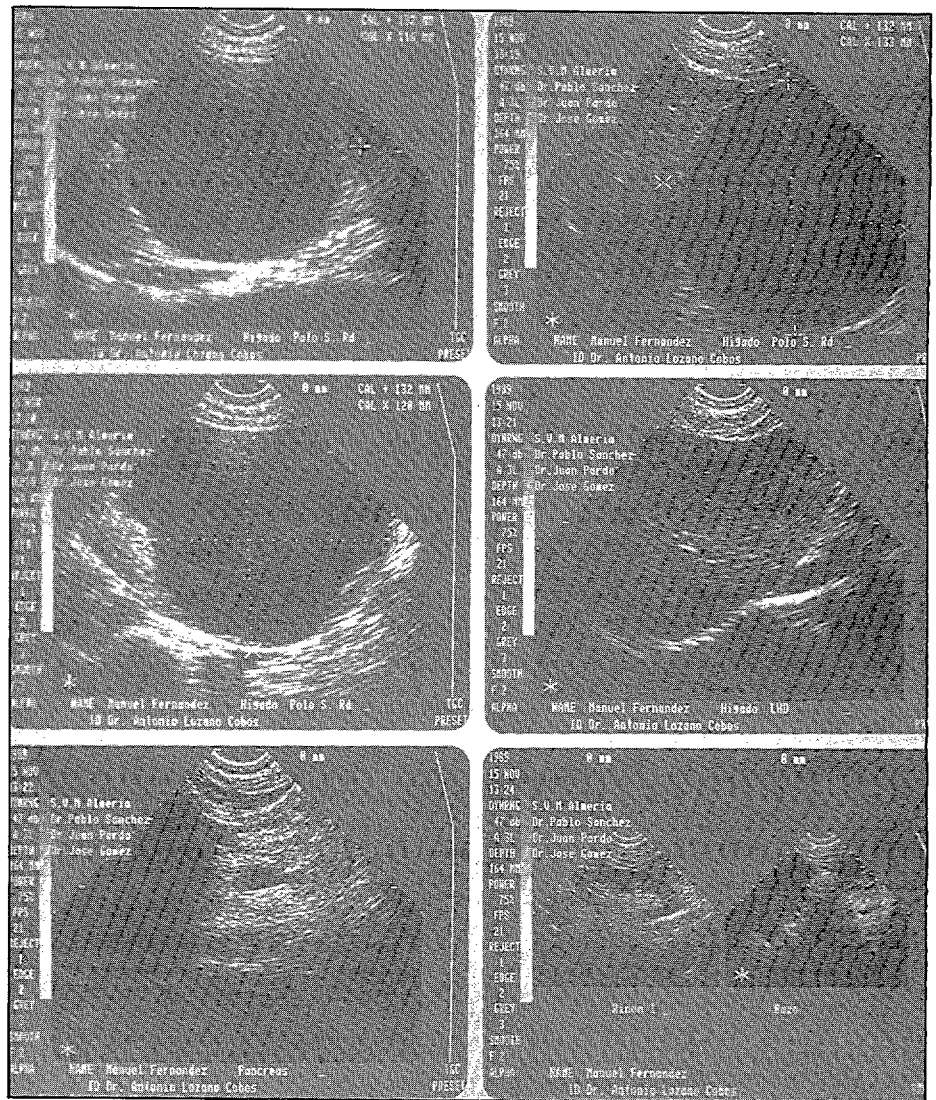
Para completar el estudio de extensión de la masa renal se realiza TAC abdominal, el cual refleja gran masa de apariencia quística que se extiende inmediatamente bajo el hígado, si bien la densidad de la masa es baja, la periferia de la misma se tiñe, siendo en realidad parénquima renal desestructurado a causa de la masa.

J.C.: Más probable Hipernefroma.

Para completar más aún el estudio de dicha masa renal, se solicita Arteriografía renal derecha, que informa como: *Gran masa renal derecha avascular con características angiográficas de quiste.*

Tras el estudio de las pruebas complementarias y ante la duda diagnóstica de que podría tratarse de un Tumor Renal, se realiza preoperatorio, que resulta normal, siendo intervenido quirúrgicamente

Diapositiva 1.—Ecografía mostrando masa redondeada, capsulada y sonodensa en polo superior de riñón derecho.



Diapositiva 2.—El TAC presenta una masa renal derecha de baja densidad y de apariencia quística de 132 × 133 mm. que desestructura el parénquima renal.



Diapositiva 3.—La Arteriografía nos informa como gran masa renal derecha avascular con características angiográficas de quiste.

mediante Laparotomía media supraumbilical y apreciándose gran masa dependiente de Riñón derecho, capsulada y elástica que se punciona extrayéndose un líquido achocolatado y espeso.

Se realiza posteriormente Nefrectomía derecha con suprarenalectomía y linfadenectomía regional.

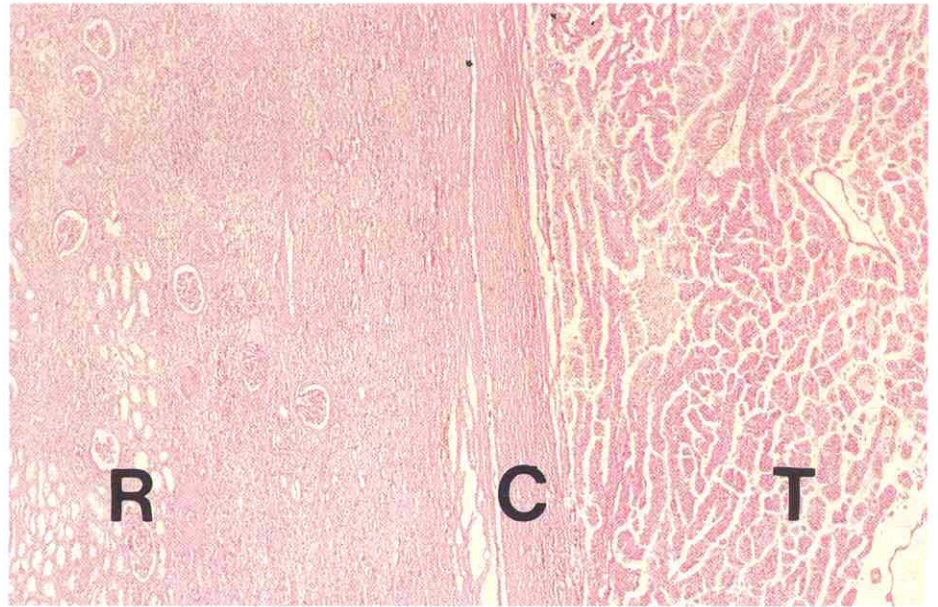
El post-operatorio evoluciona dentro de la normalidad.

El Informe Anatomopatológico informa: *Carcinoma de Células renales (Tumor de Grawitz, Hipernefroma)*.

Tras intervención se realizan estudios sucesivos con Analíticas de Sangre y Orina, Rx de Tórax y Gammag ósea y hepática, que resultan dentro de los límites normales.

CONCLUSIONES

Presentamos este caso fundamentalmente por la disparidad de crite-



Diapositiva 4.—Anatomopatológicamente se demuestra una interfase entre el Tumor (T) y el parénquima renal (R), ambos separados por una cápsula de tejido conjuntivo vascular.

rios entre las pruebas diagnósticas. Mientras en la Ecografía y el TAC se nos informa como una masa sólida o al menos no totalmente líquida, la Arteriografía, prueba en principio concluyente en el estudio

de las masas renales, nos habla de un proceso avascular, por lo que el diagnóstico de certeza en algunos casos ha de hacerse mediante Laparotomía exploradora y Anatomía Patológica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—LINEHAN, W.M.: "Renal Carcinoma". *J. Urol.*, 1988; 139:340-341.
- 2.—MUKAMELL, E.; KARICHETKY, M. et al.: "Incidental small renal tumors accompanying clinically overt renal cell carcinoma". *J. Urol.*, 1988; 140:6-10.
- 3.—PINANGE, L.; ORDI, J. et al.: "Carcinoma de Células

- renales con morfología de masa quística multilobulada: excepcionalidad y dificultad diagnóstica del caso". *Act. Urol. Esp.*, 1988; XII:282-287.
- 4.—SPENCER, W.F.; NOVICK, A.C. et al.: "Surgical Treatment of localized renal cell carcinoma in Von Hippel-Lindaus disease". *J. Urol.*, 1988; 139:507-509.
- 5.—CARINI, M.; SELL, C. et al.: "Conservative surgical

- treatment al renal cell carcinoma: clinical experience and reappraisal of indications". *J. Urol.*, 1988; 140:725-731.
- 6.—JOHNSON, J.; HELLSTEN, B. et al.: "Renal Cell Carcinoma in Malmo: Trends in incidence, mistlity and survival". *J. Urol.*, 1988; 140:1516-1518.