

Título: Carcinoma renal, a propósito de un caso

Autores: Guillermo Alejandro Herrera Horta

Zurelys Gutiérrez - García

Analiz de Paula Paredes

Institución: Hospital Abel Santamaría Cuadrado, Pinar del Río, Cuba

e-mail: guillermoalejandroherrerahorta@gmail.com

Telef: 56147916

RESUMEN

Introducción: los carcinomas renales representan entre el 2 y el 3 % de los tumores malignos en adultos, el séptimo lugar en el sexo masculino y el noveno en las mujeres. En estas a menudo pasan desapercibidos, presentándose hasta en un 50 % de forma incidental y en pacientes asintomáticos.

Objetivo: presentar el caso de un paciente con carcinoma renal derecho.

Presentación del caso: se presenta el caso de un paciente masculino de 57 años, que acude al hospital con dolor de tiempo de evolución en fosa lumbar derecha, ahora de tipo cólico renal hematuria y con masa abdominal palpable. En el examen clínico y los complementarios realizados se constata la presencia de un carcinoma renal derecho, que requirió tratamiento quirúrgico (nefrectomía derecha).

Conclusiones: la adecuada aplicación del método clínico, con un correcto interrogatorio, sumada a los hallazgos en la exploración física, el estudio por imágenes y la exclusión de diagnósticos diferenciales, constituyen pilares fundamentales para el diagnóstico del carcinoma renal, pues este se puede manifestar de forma variable y los signos clásicos están con frecuencia ausentes, por lo que resulta imprescindible tener un alto índice de sospecha.

Palabras clave: Carcinoma renal; Cólico renal; Hematuria, Nefrectomía

Introducción

Los cánceres genitourinarios incluyen un grupo numeroso de diferentes tipos de tumores localizados principalmente en el riñón, la vejiga, la próstata, el testículo, y el pene. Dentro de estas localizaciones el cáncer de células renales (CCR), son los tumores que, a nivel mundial, se diagnostican por encima de 273 000 personas a cada año. El CCR es la forma más frecuente de cáncer de riñón, especialmente en adultos. Es la décima neoplasia del

varón en orden de frecuencia y la decimocuarta en la mujer. Representa el 2% de las neoplasias malignas y es dos veces más frecuente en varones que en mujeres (2:1).¹

La edad promedio al momento del diagnóstico es 64 años y la mayoría de las personas están diagnosticadas entre 65 y 74 años. El cáncer de riñón rara vez se encuentra en personas menores de 45 años. Es más común en las personas negras y en las personas indígenas de Norte América. A nivel mundial, se estima que 431,288 personas fueron diagnosticadas con cáncer de riñón en 2020.²

El número de casos nuevos de cáncer de riñón ha ido aumentando durante varias décadas, aunque ese aumento se ha ralentizado en los últimos años. Entre 2009 y 2018, las tasas aumentaron alrededor de 1% cada año. Parte del aumento se debe a un aumento en el uso de pruebas de imagen en general. Las pruebas por imágenes pueden detectar tumores renales pequeños de forma inesperada cuando las pruebas se realizan por otra razón no relacionada con el cáncer.³

Entre 2015 y 2019, las muertes a causa del cáncer de riñón disminuyeron en 2.5% por año. En 2020, se estima que 179,368 personas murieron del cáncer de riñón en todo el mundo. La tasa de supervivencia a 5 años indica el porcentaje de personas que vive al menos 5 años una vez detectado el cáncer. El término porcentaje significa cuántas personas de cada 100. La tasa de supervivencia a 5 años de las personas con cáncer de riñón es del 76%. No obstante, las tasas de supervivencia dependen de varios factores, incluido el tipo, el tipo de células y el estadio del cáncer cuando se diagnostica por primera vez.⁴

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de raza blanca y 57 años de edad, casado, con antecedentes de dolor lumbar hace tres años. Fue diagnosticado con una hernia discal, por lo que fue intervenido quirúrgicamente. Al año de operado comenzó con dolor lumbar derecho, tipo cólico, de ligera a moderada intensidad, que mejoraba con analgésicos y antiinflamatorios, sin acompañarse de ninguna otra sintomatología.

Ingresó el día 30 de enero de 2023 en el servicio de Urología del Hospital Abel Santamaría Cuadrado, de Pinar del Río, por dolor lumbar y hematuria. Tres días antes del ingreso comenzó a presentar hematuria franca acompañada de dolor cólico sordo y constante —de intensidad variable— en la fosa lumbar derecha, sin otra sintomatología acompañante. Al

acudir al cuerpo de guardia se le realiza ultrasonido abdominal y renal. Se decide su ingreso para un mejor estudio y tratamiento.

Examen físico:

Presentaba riñón derecho palpable, pinzable y peloteable. Puntos pielorrenoureterales anteriores y posteriores derechos dolorosos y maniobra puño percusión positiva en fosa lumbar derecha.

Exámenes de laboratorio:

Hemoglobina: 121 g/l; Hematocrito: 0,37 l/l; Eritrosedimentación: 32 mm/h; Glucemia: 4,56 mol/l; Proteínas totales: 71,7 g/l; Albúmina: 45,7 g/l; ALT: 14 U/l; ASAT: 20 U/l; Fosfatasa Alcalina: 117 U/l; Creatinina: 103 mmol/l; y Ácido Úrico: 224 mmol/l.

Exámenes imagenológicos:



Fig. 1. Ultrasonido abdominal que muestra imagen compleja bien definida de predominio sólido, que crece al seno renal con el aspecto de un tumor renal que dilata el sistema excretor.



Fig. 2. Ultrasonido Doppler que muestra vascularización de la imagen tumoral.

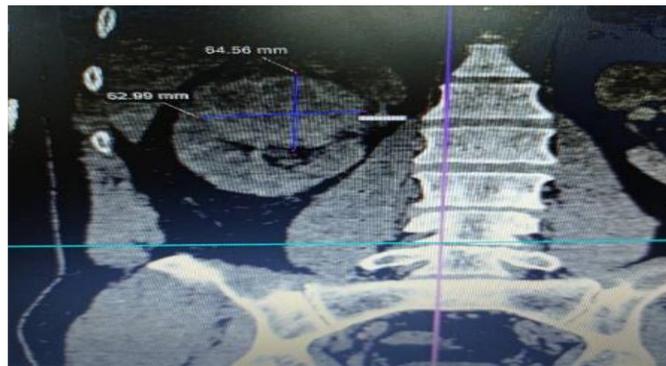


Fig. 3. Tomografía axial computarizada de alta resolución que muestra imagen compleja heterogénea que capta contraste, crece hacia el seno renal y comprime los cálices sin infiltrarlos. Grasa renal normal.



Fig. 4. Pieza quirúrgica que muestra la lesión ocupativa de espacio, con biopsia que arroja carcinoma de células claras renales sin infiltración a la grasa renal ni vasos.



El paciente presentó evolución clínica y quirúrgica favorable, con egreso cinco días después. Recibió tratamiento coadyuvante con quimioterapia y actualmente se encuentra en seguimiento por Oncología.

DISCUSIÓN

Se presenta este caso clínico por la importancia que denota el diagnóstico oportuno y certero de esta entidad nosológica que a menudo pasa desapercibida, presentándose de forma incidental y en pacientes asintomáticos hasta en un 50 % de los casos. Reconocer de forma inmediata sus síntomas y signos, así como actuar en consecuencia con el tratamiento del cáncer renal contribuye de forma directa con la esperanza de vida de quienes lo padecen, de ahí su importancia diagnóstica y su manejo.

Las características demográficas de los pacientes con cáncer renal reportados en la literatura revisada poseen puntos coincidentes y divergentes con los resultados de este estudio.

En cuanto a la edad, este caso coincide con las edades reportadas por otros autores como Springer Pérez et al., (5) quienes encontraron un predominio del cáncer renal en pacientes con edades comprendidas entre 55-64 años (31,8 %), seguido de los pacientes entre 45-54 años (22,7 %). Este fue poco frecuente en pacientes con edad inferior a 45 años (13,6 %).

Por su parte, Otunctemur A et al., (6) refieren una edad media al momento del diagnóstico de 60,7 años, con una desviación estándar de $\pm 13,1$. El sexo masculino también es coincidente con varios estudios como el de Rossi SH et al., (7), quienes reportaron un 63,97 % masculino del total de pacientes atendidos. Yohannan B et al., (8) reportan que los carcinomas de células renales predominaron en los varones (59,1 %) con respecto a las mujeres (40,9 %).

Alrededor de dos tercios de las personas reciben el diagnóstico de cáncer renal cuando el cáncer solo se encuentra en el riñón. Para este grupo, la tasa de supervivencia a 5 años es del 93 %. Si el cáncer de riñón se ha diseminado hacia los tejidos u órganos circundantes o los ganglios linfáticos regionales, la tasa de supervivencia a 5 años es del 71 %. Si el cáncer se ha diseminado a una parte distante del cuerpo, la tasa de supervivencia a 5 años es del 14 %. (9)

El paciente que se presenta en este estudio, con diagnóstico de carcinoma de células claras renales sin infiltración a la grasa renal ni vasos, muestra un comportamiento similar a los

resultados encontrados por Wang Y et al., (10) quienes refirieron que la invasión local del tumor con infiltración de la cápsula renal se presentó en el 20 % de los pacientes, así como la baja frecuencia de trombos en vena renal, lo cual puede deberse a la baja frecuencia de pacientes que debutan en etapa IV y con metástasis.

relacionados con la historia natural del cáncer renal, son indicados estudios por imágenes en forma específica. La mayoría de los tumores renales se descubren de forma casual gracias a la aplicación moderna de la ecografía y la tomografía axial computarizada; el paciente se encuentra entonces asintomático. (11)

Ante el cuadro clínico de este caso fue necesario descartar otras enfermedades que pudieran estar provocando los datos obtenidos en el examen físico y los síntomas y signos presentes, entre las que se excluyeron:

1-) Linfoma renal: suele afectar a adultos de 60 años (edad media), con ligero predominio en varones. Con frecuencia son unilaterales, pues son muy raros los bilaterales. Se descarta porque el paciente no tiene antecedentes de linfoma como enfermedad sistémica, ni factores, como procesos inflamatorios crónicos y pielonefritis crónica, síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico o infección por el virus de Epstein-Barr. Además, aunque las manifestaciones clínicas son similares a las del resto de tumores renales (con el dolor como síntoma más frecuente), este puede presentarse con proteinuria, síndrome nefrótico o un fallo renal progresivo con oliguria o anuria cuando afecta a ambos riñones.

Al examen físico también se pueden encontrar linfadenopatías, que el paciente no presenta.

2-) Litiasis renal: el principal síntoma es el dolor tipo cólico en región lumbar, de instauración aguda y muy intenso que puede irradiarse hacia el abdomen y genitales. Además, se acompaña de síntomas urinarios, disuria, polaquiuria y, a veces, de hematuria y síntomas vegetativos (sudoración, náuseas y vómitos). No cede con el reposo y se reconoce también por la intensidad del dolor y sus características de ser intermitente-oscilante.

3-) Absceso perinefrítico: es una enfermedad que cursa con dolor lumbar y en ocasiones con masa lumbar palpable. Se descarta pues el cuadro clínico suele ser abrupto, evolucionando los síntomas en dos etapas: en la primera fase o parenquimatosa se presenta dolor lumbar, fiebre y escalofríos, faltando los síntomas urinarios; mientras que en la fase perinefrítica aparece la contractura muscular lumbar, edema de la piel y en ocasiones una

masa palpable. Pueden existir síntomas pleuropulmonares como dolor torácico o derrame pleural.

4-) Riñón poliquístico: entidad que cursa con riñones palpables y dolor en flancos. Se descarta porque el paciente no presenta antecedente de nefrolitiasis, ni de familiares que padezcan de riñón poliquístico. Además, el paciente no presenta hipertensión arterial, ni síntomas de infección urinaria. El dolor y el resto de los síntomas suelen mejorar o desaparecer si se le descomprimen los quistes.

Costabel et al. (12) encontraron que el diagnóstico fue incidental en el 79,7 % de los pacientes y en los casos sintomáticos el principal síntoma fue la macrohematuria (56,6 %).

Por su parte, Sirohi D et al. (13) refirieron que ningún paciente de su muestra de estudio presentó la triada clásica de síntomas (dolor, hematuria y masa tumoral palpable), resultados que no se corresponden con el caso clínico de este estudio.

El estudio de las masas renales comprende la visualización por imágenes del tumor primario, en general con una tomografía axial computarizada o una resonancia magnética contrastada en varias fases, así como el estudio de las metástasis mediante una exploración con imagen del abdomen, retroperitoneo y tórax. Sin embargo, la mayor detección y tratamiento de estos tumores en estadios más tempranos no ha logrado impactar sobre la creciente mortalidad. La mayoría de las publicaciones describen poblaciones de países sajones y no siempre es posible extrapolar los datos a nuestra población. (14)

CONCLUSIONES

La adecuada aplicación del método clínico, con un correcto interrogatorio, sumada a los hallazgos en la exploración física, el estudio por imágenes y la exclusión de diagnósticos diferenciales, constituyen pilares fundamentales para el diagnóstico del carcinoma renal, pues este se puede manifestar de forma variable y los signos clásicos están con frecuencia ausentes, por lo que resulta imprescindible tener un alto índice de sospecha. La resección quirúrgica es el tratamiento aceptado —y, a menudo, curativo— para pacientes con cáncer de células claras renales. La resección puede ser simple o radical, y esta última incluye la extirpación del riñón, la glándula suprarrenal, la grasa perirrenal y la fascia de Gerota, con disección de los ganglios linfáticos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Anido Herranz U, González Del alba MA. Cáncer renal [Internet]. SEOM; [Internet] 2019 [citado 20/11/2023]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/renal>
2. Fitzmaurice C, Akinyemiju TF, Al Lami FH, Alam T, Alizadeh-Navaei R, et al. A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. JAMA Oncol. [Internet] 2018 [citado 20/11/2023]; 4(11):1553-1568. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29860482/>
3. Barrios Licon DLE, Alonso Espinaco DMT, Gabilondo Rikondo DG, Badiola Molinuevo DJ, García Asensio DD, Martín Mónica DF. Tumores renales en la edad pediátrica: Guía para un enfoque radiológico de calidad. SERAM [Internet]. 2022 [citado 20/11/2023]; 1(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/9314>
4. Suárez Alfonso OE, Castillo García I, Hernández Campo P R, Díaz Dueñas Y, Zayas Veliz R. Características clínico epidemiológicas y manejo terapéutico del cáncer de riñón. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2022 [citado 20/11/2023]; 26(2): e5266. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942022000200022&lng=es
5. Springer Pérez PM, Suárez Sori B, Figueredo García O, Torres Lebrato L. Caracterización histológica del carcinoma de células renales. Rev Arch Med Camagüey. [Internet] 2017 [citado 20/11/2023]; 21(4):452-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000400003
6. Otunctemur A, Dursun M, Ozer K, Horsanali O, Ozbek E. Renal Cell Carcinoma and Visceral Adipose Index: a new risk parameter. Int Braz J Urol. [Internet] 2016 [citado 20/11/2023]; (1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27532115/>
7. Rossi SH, Klatte T, Usher-Smith JA. A Decision Analysis Evaluating Screening for Kidney Cancer Using Focused Renal Ultrasound. Eur Urol Focus. [Internet] 2021 [citado 20/11/2023]; 7(2):407-419. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31530498/>
8. Yohannan B, Sridhar A, Kaur H, DeGolovine A, Maithel N. Screening for renal cell carcinoma in renal transplant recipients: a single-centre retrospective study.

- BMJ Open. [Internet] 2023 [citado 20/11/2023]; 13(9):e071658. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6105141/>
9. Ato González SA, Ato González M, López Banet E, Cárceles Moreno FJ, Hernández Olivares J, Robles Manzanares P, Oquiñena Cristina C, Cuélliga González Ángel. Masas sólidas renales: diagnóstico diferencial por imagen. SERAM [Internet]. 2022 [citado 20/11/2023]; 1(1).Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8912>
 10. Wang Y, Ding Y, Wang J, Gu M, Wang Z, Qin C. Clinical features and survival analysis of clear cell papillary renal cell carcinoma: A 10 - year retrospective study from two institutions. OncologyLetters [Internet]. 2018 [citado 20/11/2023]; 16(1): 1010-22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29963177/>
 11. Pietro D, Tobias K, Daniele A, Riccardo B, Umberto C, Selcuk E. Screening programs for renal cell carcinoma: a systematic review by the EAU young academic urologists renal cancer working group. World J Urol. [Internet] 2023 [citado 20/11/2023]; 41(4):929-940. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35362747/>
 12. Costabel J, García Marchiñena J, Uría L, Tirapegui S, Jurado A, Gueglio G. Formas actuales de presentación del tumor renal. MEDICINA (Buenos Aires). [Internet] 2015 [citado 21/11/2023]; 75: 159-62. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802015000300005
 13. Sirohi D, Smith SC, Agarwal N, Maughan BL. Unclassified renal cell carcinoma: diagnostic difficulties and treatment modalities. Res RepUrol [Internet]. 2018 [citado 21/11/2023]; 10: 20517. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30510921/>
 14. Wang ZJ, Westphalen AC, Zagoria RJ. CT and MRI of small renal masses. Br J Radiol [Internet]. 2018 [citado 21/11/2023]; 91(1087):20180131. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6221773/>