

## Carcinoma renal pequeño *Trombo tumoral extenso de vena cava hasta aurícula derecha*

### Small renal carcinoma *Tumoral thrombus with extension into the vena cava and right atrium*

Dres. Bengochea D.;  
Mastronardi A.;  
Luna E.;  
Seeber J.

#### INTRODUCCIÓN

El carcinoma renal representa el 3% de todas las neoplasias malignas del adulto. El adenocarcinoma de células renales es responsable del 80-85% de todas las neoplasias renales.

Dentro de su presentación clínica tenemos: hematuria, masa palpable, dolor lumbar, el varicocele escrotal, síndromes paraneoplásicos y el compromiso de la vena renal y cava dando ascitis, disfunción hepática, embolia pulmonar, etc. Este compromete las venas renales (21-36%), la vena cava inferior (8-15%) y la aurícula derecha (1%).

Lo poco común de la extensión a la aurícula derecha, con relación al tamaño del tumor renal, justifica la presentación de este caso clínico.

#### CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de sexo masculino, de 62 años de edad. Con antecedentes médicos de hipertensión arterial e hiperplasia prostática benigna y quirúrgicos de adenoidectomía y amigdalectomía en la infancia, ex tabaquista de 5 cigarrillos día por 25 años aproximadamente.

Consulta por Guardia refiriendo un episodio de hematuria aislada, sin referir otra sintomatología asociada. Examen físico T° 36,3, Fc 76 TA: 130/80 A.R. S/P C.V. S/P ABD. S/P

*Urológico:* PPRB (-) PRUB (-) T.R.: Fibroadenoma GII-III, renitente no sospechoso.

*Ecografía:* RD en el seno se objetiva lito de 6 mm. RI calcificaciones corticales y quiste simple. Trombosis de la vena renal derecha y cava.

*T.A.C.:* RD lito en unión uretropicalica derecha de 6 mm aprox. y pequeña lesión ocupante de espacio de 20 mm y gran trombo de vena renal derecha y cava que alcanza la aurícula derecha. RI ídem ecografía

*Laboratorio:* Hg 13,3 Hto 39,5 Gb 5600 Vsg 11 Na 142 K 3,9 Alb 3,49 Prot T 6,57 Got 14 Gpt 18 U 34 C 1,06 Pla 234.000 BT 0,71 Fal 112 G 92 APP 59%

HIV (-) Chagas (-) Hepatitis C (-)

*Orina:* hematíes 4-5 cpo. Resto S/P

*Resonancia Magnética Nuclear:* RD: Trombosis de la vena renal derecha y de la cava inferior hasta aurícula derecha. Imagen nodular compatible con proceso expansivo tumoral derecho en valva anterior de la región interpolar que mide 2 cm.

*Radiografía de tórax:* Acorde con los parámetros normales.

El paciente es intervenido quirúrgicamente en conjunto con cirugía cardiovascular,



Figura 1

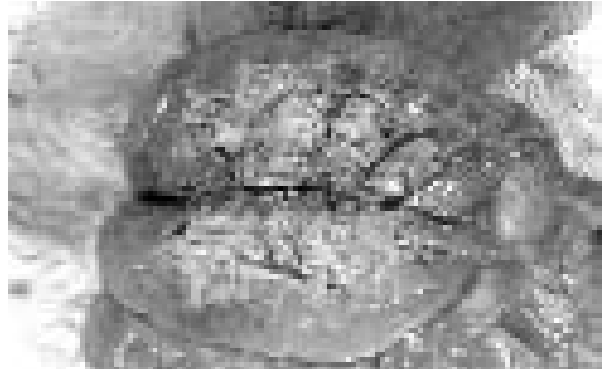


Figura 2

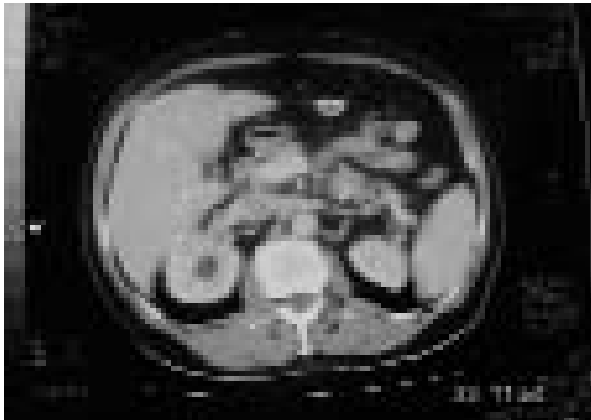


Figura 3

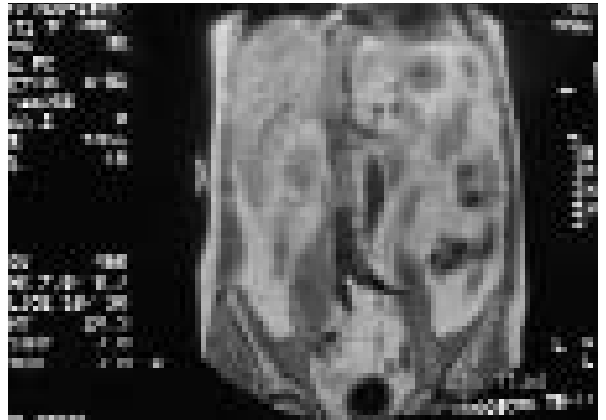


Figura 4

donde se le realizó nefrectomía radical derecha y trombectomía de la aurícula derecha con circulación extracorpórea, extrayendo el trombo por completo desde la aurícula.

Postoperatorio en Unidad Coronaria, alta a los 5 días, con muy buena evolución clínica.

*Anatomía Patológica:* Macro: Trombo de 7 x 4 x 2 cm amarillento de consistencia blanda, con focos hemorrágicos, de aspecto neoplásico, 5 trozos de aproximadamente 1 cm.

*Diagnóstico definitivo:* Carcinoma de células claras G II de Fuhrman.

## DISCUSIÓN

La afectación de la vena cava por adenocarcinoma renal se corresponde a estadio III A de *Robson* o los estadios T3b, T3c o T3d, de la clasificación de TNM y supone un 10% de los casos. En estos casos es crítico establecer el nivel distal de afectación por el trombo tumoral, puesto que el abordaje quirúrgico dependerá de su po-

sición. A tal efecto se empleaban clásicamente la cavografía inferior, pero dada su invasividad se ha abandonado su uso por la T.A.C. y sobre todo por la Resonancia Magnética Nuclear.

Los signos por T.A.C. son aumento de tamaño de la vena cava inferior, cambio brusco de su calibre, zonas intraluminales de pérdida de densidad, o un defecto de llenado visible y persistente, paralelamente suele existir gran circulación colateral y coágulos.

La R.M.N. permite diferenciar bien la señal del trombo tumoral, del flujo sanguíneo circundante y establecer su límite craneal con mayor certeza. Además, facilita la construcción de un mapa vascular tridimensional del territorio de la vena cava inferior.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Greenlee, R. T.; Murray, T.; Bolden S. y Wingo, P. A.: Cancer statistics 2000. *CA Cancer J. Clin.*, 50: 7, 2000.
2. Bretheau, D.; Lechevallier, E.; Eghazarian C.; Grisoni V. y Coulange, C.: Prognostic significance of incidental renal cell carcinoma. *Eur. Urol.*, 5: 319-323, 1995.

3. Moch, H.; Gasser, T.; Amin, M. B.; Torhorst, J. y Sauter, G.: Prognostic utility of the recently recommended histologic classification and revised TNM staging system of renal cell carcinoma. *Cancer*, 89: 604-614, 2000.
4. Samma, S.; Yoshida, K.; Ozono, S. y Ohara, S. y col.: Tumor thrombus and microvascular invasion as prognostic factors in renal cell carcinoma. *Jpn J. Clin. Oncol.*, 21: 340-345, 1995.
5. Zagoria, R. J.: Imaging of small renal masses. *Am. J. Roentgenol.*, 175: 945-955, 2000.
6. Jacqmin, D. y Van Poppel, H. y col.: Renal cancer. *Eur. Urol.*, 39: 361-369, 2001.
7. Clayman, R. V.; Gonzáles, R. y Fraley, E.: Renal cell carcinoma invading the inferior vena cava: Clinical review and anatomical approach. *J. Urol.*, 123: 157, 1980
8. Cummings, K.: Surgical management of renal cell carcinoma with extension into the vena cava. *J. Urol.*, 435: 132, 1991.
9. Foster, R. S.; Mahomed Y. y Bihrlé R. y col.: Use of a caval-atrial shunt for resection of a caval tumor thrombus in renal cell carcinoma. *J. Urol.*, 140: 1370, 1988.
10. Horan, J.; Robertson, C. y Choyke, P.: The detection of renal carcinoma extension into the renal vein and inferior vena cava: a prospective comparison of venocavography and magnetic resonance imaging. *J. Urol.*, 142: 943, 1998.
11. Lang, E. y col.: Comparison of dynamic and conventional computed tomography in the staging of renal cell carcinoma. *Cancer*, 54: 2205, 1992.
12. Hoehn, W. y Hermanek, P.: Invasion of veins in renal cell carcinoma-frequency, correlation and prognosis. *Eur. Urol.*, 9: 276, 1997.