

## CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

\*Marcial Daza \*Carlos Betancourt \*Juan Vásquez \*Adriana Rivas

---

### RESUMEN

El carcinoma de células renales (CCR) es la lesión sólida más frecuente en el riñón y representa aproximadamente el 90% de los tumores renales malignos. Hay un predominio 1,5:1 de varones sobre las mujeres y su incidencia máxima tiene lugar entre los 60 y 70 años de edad. Este tipo de cáncer representa el 2%-3% de todos los cánceres y su incidencia máxima ocurre en los países occidentales. Se reporta un caso poco frecuente de CCR en una paciente femenina de 35 años de edad con una hematuria total, sin dolor, de 2 días de duración. El TAC abdomino-pélvico reveló una lesión ocupante de espacio de 15 x 12 x 10 cm aproximadamente, de aspecto neoproliferativo, con características heterogéneas de hipo e hiperdensidad, de 40 uH, neovascularización y realce al contraste, que compromete cáliz medio e inferior de riñón izquierdo, extensivo hasta pelvis renal. Se practicó nefrectomía radical izquierda. El estudio histopatológico reporta un carcinoma de células claras bien diferenciado de bajo grado, con márgenes libres y ganglios linfáticos sin MT. Paciente quien evoluciona satisfactoriamente en planificación de terapia adyuvante. Por el hecho de ser una presentación en un adulto joven, lo ideal es que el urólogo este en la capacidad de realizar el diagnóstico a la brevedad posible.

**Palabras clave:** carcinoma renal, variedad células claras, adulto joven

---

### RENAL CLEAR CELL CARCINOMA CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

### ABSTRACT

Renal cell cancer (RCC) is the most common solid lesion in the kidney and accounts for approximately 90% of malignant renal tumors. There is a 1.5:1 male predominance and the highest incidence occurs between 60 and 70 years of age. RCC represents 2%-3% of all cancers and its highest incidence occurs in western countries. We report a rare case of a female patient of 35 years of age who has had pain free hematuria for two days. A contrasted abdominal/pelvic CT revealed a lesion of approximately 15 x 12 x 10 cm with neoproliferative appearance and heterogeneous features of hypo and hyperdensity of 40 uH, with neovascularization and contrast enhancement, compromising the middle and lower calyx of the left kidney extensive to renal pelvis. A left radical nephrectomy was performed. Histopathological study revealed a well-differentiated low grade clear cell carcinoma, with free margins and lymph nodes without metastasis. The patient has a satisfactory evolution and is awaiting adjuvant treatment. Due to the fact that the patient is a young adult, the urologist should be able to make the diagnosis as soon as possible.

**Keywords:** renal carcinoma, clear cell type, young adult

\*Hospital Central Universitario Antonio María Pineda, Barquisimeto, Venezuela. correo electrónico del autor principal: [marcialdaza@hotmail.com](mailto:marcialdaza@hotmail.com).

Recibido: 15/09/2018  
Aceptado: 15/11/2018



Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de células renales (CCR) representa el 2% al 3% de todos los cánceres<sup>(1)</sup> y su incidencia máxima se da en los países occidentales. En general, durante los dos últimos decenios y hasta hace poco se ha producido un incremento anual próximo al 2% de la incidencia en todo el mundo. En 2006 se calculó que, en el seno de la Unión Europea, se produjeron 63.300 casos nuevos de CCR y 26.400 muertes relacionadas con el cáncer de riñón. El CCR es la lesión sólida más frecuente en el riñón y representa aproximadamente el 90% de todos los tumores renales malignos. Engloba diferentes tipos de CCR con características histopatológicas y genéticas específicas. Hay un predominio 1,5:1 de los varones sobre las mujeres y la incidencia máxima tiene lugar entre los 60 y 70 años de edad. Entre los factores etiológicos figuran factores relacionados con los hábitos de vida como tabaquismo, obesidad e hipertensión arterial. El hecho de tener un pariente de primer grado con cáncer de riñón también se asocia a un mayor riesgo de CCR. La profilaxis más eficaz consiste en evitar el tabaquismo y la obesidad. Debido a la mayor detección de tumores mediante técnicas de imagen como ecografía y tomografía computarizada (TC), ha aumentado el número de CCR diagnosticados de manera fortuita. Estos tumores son, con más frecuencia, de menor tamaño y se encuentran en un estadio más bajo.

En cuanto a la sintomatología, muchas masas renales son asintomáticas y no palpables hasta las últimas fases de la enfermedad. En la actualidad, más del 50% de los CCR se detectan de manera fortuita al emplear pruebas de imagen para investigar diversos complejos sintomáticos inespecíficos<sup>(2)</sup>. Se identifican síndromes paraneoplásicos en el 30% de los pacientes con CCR sintomáticos. Algunos pacientes sintomáticos debutan con síntomas de afectación metastásica como dolor óseo o tos persistente.

La exploración física sólo tiene una utilidad limitada en el diagnóstico del CCR. Se sospecha cuando existe una masa abdominal palpable, adenopatía cervical palpable, varicocele que no se reduce y edema bilateral en las extremidades

inferiores lo cual es indicativo de afectación venosa. Los paraclínicos realizables son creatinina sérica, filtración glomerular (FG), hemoglobina, velocidad de sedimentación globular, fosfatasa alcalina, LDH y calcemia corregida así como ecografía abdominal o TC. En cuanto a la ecografía con contraste, resulta útil en casos concretos (por ejemplo, insuficiencia renal crónica con contraindicación relativa de la administración de medios de contraste yodados o de gadolinio) mientras que la TC o la RM se utilizan para definir una masa renal. Han de obtenerse imágenes antes y después de la administración de un medio de contraste intravenoso para demostrar la presencia de realce.

En la TC, el realce de las masas renales se determina comparando los valores de unidades Hounsfield (UH) obtenidos antes y después de la administración del contraste. Una variación en 20 UH o más es un dato sólido de realce. La evaluación debe incluir imágenes de la fase nefrográfica ya que esta fase permite una representación óptima de masas renales que normalmente no se realizan en la misma medida que el parénquima renal. La TC abdominal permite diagnosticar CCR y aporta información sobre función y morfología del riñón contralateral, extensión del tumor primario con diseminación extrarrenal, afectación venosa, adenopatías locorregionales, estado de las glándulas suprarrenales y el hígado. Las pruebas complementarias son TC de tórax con fines de estadificación.

Existen factores pronósticos que pueden clasificarse en anatómicos, histológicos, clínicos y moleculares. Los *factores anatómicos* son tamaño del tumor, invasión venosa, invasión de la cápsula renal, afectación suprarrenal y metástasis ganglionares y a distancia. Estos factores se agrupan habitualmente en el sistema de estadificación TNM de uso universal. Los *factores histológicos* comprenden grado de Fuhrman, subtipo de CCR, características sarcomatoideas, invasión microvascular, necrosis tumoral e invasión del sistema colector. Existen tres subtipos histológicos principales de CCR: convencional (de células claras) (80%-90%), papilar (10%-15%) y de células cromóforas (4-5%). En un análisis unifactorial se constató una

tendencia a un mejor pronóstico de los pacientes con CCR de células cromóforas con respecto al papilar y de éste respecto al convencional (de células claras). Otro es el *factor clínico* que incluye el estado funcional del paciente, síntomas localizados, caquexia, anemia y recuento de plaquetas<sup>(4)</sup>.

Para determinar el tratamiento a realizar debe definirse si el CCR está localizado, localmente avanzado o metastásico. Existen múltiples tendencias y técnicas quirúrgicas para realizar la mayor cistoreducción tumoral y minimizar la carga tumoral con la finalidad de aumentar el porcentaje de supervivencia del paciente afectado. La nefrectomía por tumor sólo es curativa cuando pueden extirparse todos los focos tumorales durante la intervención. En la mayoría de los pacientes con enfermedad metastásica, la nefrectomía por tumor es paliativa y resultan necesarios otros tratamientos sistémicos. En un metaanálisis de dos estudios aleatorizados en los que se comparó la nefrectomía combinada con inmunoterapia versus inmunoterapia aislada, se constató una mayor supervivencia a largo plazo en los pacientes sometidos a una nefrectomía por tumor. La nefrectomía en pacientes con metástasis está indicada en aquellos que son adecuados para la cirugía y tienen un buen estado funcional.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente femenina de 35 años de edad quien presenta enfermedad actual de 2 meses de evolución caracterizada por hematuria macroscópica total, sin dolor, de 2 días de duración. No tiene antecedentes personales de importancia. Al examen físico, en abdomen se palpa masa poco móvil desde hipocondrio izquierdo hasta fosa iliaca ipsilateral, sin otros hallazgos relevantes. En relación a los exámenes paraclínicos, la hematología completa y examen de orina no presentaban alteraciones. TC abdomino/pélvica contrastada evidencia una lesión ocupante de espacio (LOE) de 15 x 12 x 10 cm aproximadamente de aspecto neoproliferativo con características heterogéneas de hipo e hiperdensidad, de 40 uH, con neovascularización y realce al contraste, que compromete cáliz medio e inferior de riñón izquierdo, extensivo hasta pelvis renal con

buen eliminación del contraste, sin lesiones tipo MT ni plastrones ganglionares (figura 1-3).



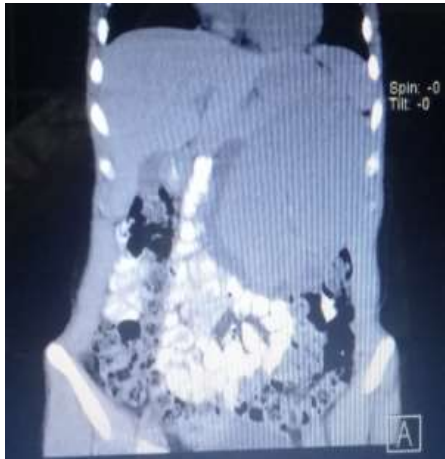
**Figura 1.** TC de abdomen y pelvis con LOE renal izquierdo. Hospital Central Universitario Antonio María Pineda.

En vista de tales hallazgos, se decide llevar a mesa operatoria a la brevedad para evitar progresión de enfermedad, en vista de ser paciente joven sin compromiso renal y presentación inusual en la literatura. Se clasifica en grupo de alto riesgo y se preparó para realización de nefrectomía radical izquierda evidenciando tumor de 17 x 12 x 11 cm aproximadamente, de color pardo, bordes bien definidos, friable en relación a 2/3 anteriores de riñón izquierdo, sin comprometer grasa perirrenal ni glándula suprarrenal izquierda (figura 4 y 5). No se visualizan adenopatías. La biopsia reporta un cáncer renal de células claras bien diferenciado de bajo grado, márgenes sin lesiones y ganglios linfáticos sin MT. Paciente evolucionó satisfactoriamente en período postoperatorio y actualmente en planificación de terapia adyuvante.

## DISCUSIÓN

El cáncer de células renales (CCR) es la lesión sólida más frecuente en el riñón y representa aproximadamente el 90% de los tumores renales malignos. Hay un predominio 1,5:1 de los varones sobre las mujeres y la incidencia máxima tiene lugar entre los 60 y 70 años de edad y en donde, a pesar de los factores de riesgo anteriormente mencionados en la literatura, el hecho de que la presentación del caso reportado

no tenga ninguna correlación con la bibliografía hace interesante su conocimiento.



**Figuras 2 y 3:** TC de abdomen y pelvis donde se evidencia desplazamiento de estructuras adyacentes. Hospital Central Universitario Antonio María Pineda

A pesar de ser en un porcentaje elevado asintomáticos, el síntoma presentado por la paciente fue lo que determinó el enfoque oportuno con respecto a la evaluación por nuestro servicio y los exámenes complementarios realizados a la misma. La conducta quirúrgica efectuada fue realizada en vista de clasificar para tal tratamiento, por ser de grupo de alto riesgo; donde el tratamiento estándar es la nefrectomía radical. Acorde a la estadificación de TNM<sup>®</sup> y los factores pronósticos la paciente fue tratada a tiempo con el tratamiento oportuno y descrito por la bibliografía para mejorar el porcentaje de sobrevida. Es importante tomar en consideración estas características del reporte

del caso, en vista de ser una presentación inusual y con un tratamiento oportuno como el realizado durante su estancia hospitalaria. Por el hecho de ser una presentación poco frecuente, lo ideal es que el urólogo este en la capacidad de enfrentarla a la brevedad posible.



**Figuras 4 y 5.** Pieza quirúrgica. Hospital Central Universitario Antonio María Pineda

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wein A, Kavoussi L, Partin A, Peters C. (2016). Campbell – Walsh, Urology. 11th Edition.
2. B. Ljungberg (Chair), L. Albiges, K. Bensalah, A. Bex (Vice-chair), at All, Renal Cell Cancer, EAU guidelines. 2017.
3. Consenso Nacional Inter-Sociedades para el Diagnóstico y Tratamiento de las Neoplasias Renales Parenquimatosas del

Adulto. Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas. 2017.

4. Gómez L, Budía A, Delgado F, *et al.* Cáncer renal incidental en pacientes menores de 40 años: hallazgos clínicos e histopatológicos, Actas Urológicas Españolas 2017; 31(3).
5. Benítez A, Pardo V, Sinclare M. El renal score en la estadificación prequirúrgica de tumores renales. Actualización en radiología 2017; 81.