

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES CON METÁSTASIS ESPLÉNICA

Lucena Navarro F., León Díaz F.J., Bravo Arenzana L.M.;Torres Sierra J.; Vara Thorbeck C.; Rivas Becerra J.; Cabrera Serna I.; Cañizo Rincón I., Maiquez Abril R., Lobato Bancalero L.A.; Fernández García F.J.; Sánchez Viguera T., Daza Gonzalez J.J.; Del Fresno Asensio A.; Ocaña Whielmi L.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo
Hospital Clínico (Málaga)

Lucena Navarro F., León Díaz F.J., Bravo Arenzana L.M.;Torres Sierra J.; Vara Thorbeck C.; Rivas Becerra J.; Cabrera Serna I.; Cañizo Rincón I., Maiquez Abril R., Lobato Bancalero L.A.; Fernández García F.J.; Sánchez Viguera T., Daza Gonzalez J.J.; Del Fresno Asensio A.; Ocaña Whielmi L: CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES CON METÁSTASIS ESPLÉNICA. Seclaendosurgery.com (en línea) 2010, nº 30.

Disponible en Internet.

http://www.seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=37.

ISSN: 1698-4412

OBJETIVO

El desarrollo de la cirugía laparoscópica la ha convertido en un procedimiento alternativo en las patologías neoplásicas por permitir una adecuada visualización del campo quirúrgico, similares resultados curativos, tener mejor resultado estético y facilitar un regreso laboral más temprano y en mejores condiciones.

Presentamos a continuación un caso de carcinoma de células claras con metástasis esplénica en una persona de edad media, intervenida mediante cirugía laparoscópica y los resultados obtenidos.

□

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células renales (CCR), también llamado hipernefoma, tumor de células claras o tumor de Growitz, es una de las neoplasias más frecuentes del adulto.

El carcinoma renal de células claras es el tumor renal maligno más frecuente (80%) con origen en el túbulo proximal y así denominado por la característica de sus células de citoplasma claro por su alto contenido en lípidos y glucógeno. En ocasiones puede ser rico en células eosinofílicas (el antiguamente llamado 'carcinoma de células granulares') (Fig. 1).

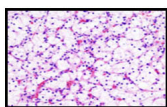


Fig.1. Imagen [histopatológica](#) de un [carcinoma](#) de células claras de [riñón](#) de una muestra por [nefrectomía](#)

Entre los agentes causales más conocidos hay que distinguir agentes externos carcinogénicos (tabaco, exposición a asbesto, productos de petróleo y metales pesados) y factores genéticos hereditarios. Es más frecuente en la 6^a-7^a década cuando es esporádico, en tanto que las formas hereditarias se diagnostican alrededor de la 4^a década y constituyen alrededor del 5% de todos los cánceres renales.

El carcinoma de células claras incide con más frecuencia en el varón, con una relación de 2-3:1 respecto a la mujer. Presenta multicentricidad y bilateralidad en menos del 5% de los casos y en adultos jóvenes hay que descartar un síndrome de cáncer hereditario, fundamentalmente el Síndrome de Von Hippel Lindau.

La TAC permite valorar con una elevada sensibilidad el compromiso ganglionar regional y de la grasa perirrenal, el compromiso de llenado de la vena renal y de la vena cava inferior, así como las metástasis hepáticas y del riñón heterolateral. Todos estos son elementos importantes en la estadificación, siendo los dos sistemas más difundidos el de Robson (Tabla 1) y el sistema TNM del American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Otros métodos diagnósticos son la ecografía y la resonancia nuclear magnética. La ecografía, aunque menos sensible que la TAC, permite diferenciar tumores sólidos y líquidos, así como presumir con mucha certeza su naturaleza benigna o maligna.

ESTADIFICACION DEL CARCINOMA RENAL

ESTADIO I

Tumor confinado dentro de la cápsula renal.

ESTADIO II

Invasión de la grasa perirrenal. Tumor confinado a la fascia de Gerota.

ESTADIO III

Compromiso ganglionar regional y/o trombosis tumoral de la vena renal y cava inferior.

ESTADIO IV

Compromiso de órganos vecinos y/o metástasis a distancia.

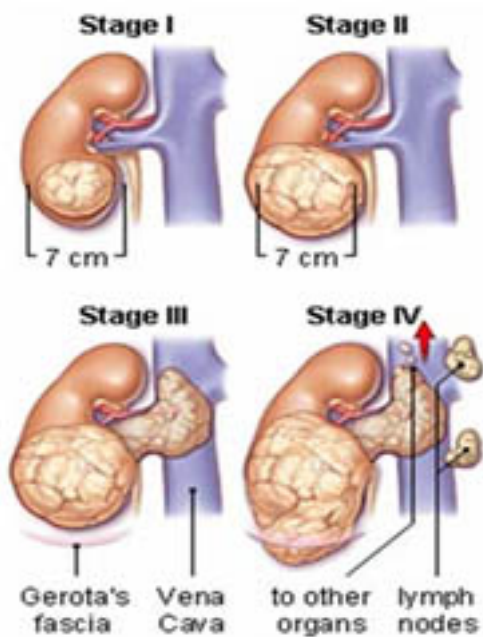


Tabla 1. Estadificación carcinoma renal según Robson

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta un caso clínico de mujer de 59 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, con datos personales de hipertensión arterial y colelitiasis pendiente de intervención programada.

Refiere antecedentes de amigdalectomía en la infancia, dos embarazos a término, así como un legrado uterino. En tratamiento habitual con carvedilol 6.25 mg (1 comprimido al día) y doxazosina 2 mg (1 comprimido por la noche)

La paciente acude al Servicio de Urgencias por dolor en zona lumbar irradiado a hipogastrio, de dos días de evolución, orina oscura, sensación de incontinencia urinaria y fiebre termometrada de 39º el día previo. Presentó náuseas y un vómito acuoso, sin referir más sintomatología.

A la exploración física presentaba buen estado general, afebril y estable hemodinámicamente. Con respecto a la exploración abdominal, se apreciaba dolor a la palpación en hipogastrio y flanco derecho, sin signos de peritonismo y ruidos intestinales presentes. La puñopercusión renal era negativa y no presentaba signos de trombosis venosa profunda ni edema de miembros inferiores.

Como datos de interés analíticos destacaron una PCR de 273.2, así como una orina con nitritos positivos, leucocituria, proteínas 150 y un sedimento urinario con leucocitos abundantes, bacteriuria y hematíes positivos.

La paciente aportaba un informe ecográfico que informaba de la existencia de una masa única, sólida y vascularizada, en el polo inferior renal derecho, a descartar proceso neofornativo como primera posibilidad.

Para completar el estudio se realizaron más pruebas de imagen (TAC y RM), en las que se apreció una masa en cara anterior de polo inferior de riñón derecho de 6x6 cm que debido a sus características impresionaba de carcinoma renal derecho como primera posibilidad diagnóstica, así como otra masa en bazo que pudiera corresponder con una metástasis (Figs. 2 y 3).



Fig.2. Imagen TAC donde se aprecia masa en polo inferior de riñón derecho de 6x6.5x6 cm



Ex: 0.00 (226.294) HL3.5 WL-51 WW-401 57YH



Ex: 0.00 (226.294) HL3.5 WL-51 WW-401 57YH