



## P-255 - RECONSTRUCCIÓN DE VENA CAVA INFERIOR CON LIGAMENTO FALCIFORME TRAS CAVOTOMÍA POR RECIDIVA DE CARCINOMA RENAL

*Lin, Qiaomiao; Herrero Fonollosa, Èric; Gomariz Camacho, Alba; Pereira Barrios, Juan Camilo; Camps Lasa, Judith; García Domingo, María Isabel; Caballero Giné, Josep Maria; Cugat Andorrà, Esteban*

Hospital Mutua, Terrassa.

### Resumen

**Introducción:** El carcinoma de células renales (CCR) es el tercer cáncer genitourinario más frecuente y es generalmente asintomático, por lo que se diagnostica de manera incidental y hasta en un 30% se encuentran en estadios localmente avanzados, con afectación vascular hasta en el 4-10% de los casos. Actualmente el único tratamiento curativo del tumor primario y de las recidivas es la resección quirúrgica completa del tumor.

**Caso clínico:** Varón de 53 años con hallazgo incidental por ecografía de un nódulo hiperecogénico en polo superior del riñón. El TC abdominal identificó la lesión de 40 mm con infiltración del grupo calicular superior y crecimiento exofítico con contacto con la fascia renal y el diafragma. A nivel vascular se apreció infiltración de la vena renal izquierda (VRI) hasta 3 cm de su entrada en la vena cava inferior (VCI). Se realizó una nefrectomía radical izquierda y resección de la vena renal izquierda afectada. La anatomía patológica informó de un carcinoma renal de células claras sin necrosis tumoral, con infiltración de grasa del seno renal y de la VRI con márgenes libres. En TC abdominal de control se informó de presencia de un nódulo hipercaptante de 15mm compatible con recidiva temprana tumoral en el muñón de la VRI con extensión al ostium y pared lateral de la VCI que se confirmó mediante una reconstrucción tridimensional. Valorado en comité multidisciplinar se decidió intervención quirúrgica de la recidiva. Inicialmente se realizó la maniobra de Cattell-Braasch y de Kocher para exposición del retroperitoneo y los grandes vasos. Se confirmó la afectación tumoral macroscópica del muñón de la vena renal izquierda con afectación de la pared lateral de la vena cava a nivel del ostium de la misma. Se realizó un clampaje de la VCI proximal y distal a la lesión y una resección completa de la recidiva incluyendo el muñón de la VRI y la pared lateral de la VCI. La reconstrucción del defecto lateral de la VCI se realizó mediante un injerto autólogo de ligamento falciforme que se suturó con monofilamento de 5/0 no absorbible. Posoperatorio sin complicaciones siendo alta a los 5 días.

**Discusión:** El CCR de células claras es un tumor poco frecuente pero que hasta en un 10% de los casos presentan afectación vascular. El único tratamiento curativo tanto del CCR primario como de sus recidivas es quirúrgico, por lo que la resección y reconstrucción vascular no debe considerarse una contraindicación para obtener una resección completa. Las técnicas de imagen con reconstrucción tridimensional pueden ser útiles para valorar la afectación vascular de manera más precisa, permitiendo mejor planificación prequirúrgica. La utilización injertos autólogos permite mantener la estructura de la VCI y una correcta permeabilidad a largo plazo. Entre sus ventajas están su disponibilidad, bajo coste, bajo riesgo de infección y trombosis sin necesidad de anticoagulación a largo plazo. Los tumores CCR localmente avanzados o recidivados, con

afectación vascular deben ser discutidos en comités multidisciplinares de forma individualizada.