

Hipernefroma con trombosis tumoral de vena cava inferior

Hypernephroma with tumor thrombus of the inferior vena cava

Los tumores de células renales tienen una gran tendencia a crecer e invadir la vena renal^{1,2} y, al progresar, invadir la vena cava, que se encuentra afectada en un 4-15²⁻⁴% de los casos al diagnóstico. La resección completa del tumor y del trombo, aunque implica una cirugía más agresiva, puede conducir a una curación de la enfermedad, y conseguir un mejor pronóstico a corto y largo plazo⁵⁻⁸.

Presentamos el caso de un varón de 59 años, que ingresa en el Servicio de Urología por cuadro de hematuria. Entre los antecedentes personales destacan hipotiroidismo y tromboembolismo pulmonar bilateral un año antes.

Durante su ingreso se realiza una ecografía abdominopélvica en la que se objetiva una masa en polo inferior renal derecho de 9 cm, sugestiva de hipernefroma. Se completa el estudio con una angio-TAC, que informa de hipernefroma renal con trombo tumoral que se extiende por vena renal hasta vena cava infrahepática, con adenopatías en ambos hilos, paraesofágicas derechas y retroperitoneales.

El caso es valorado por el Servicio de Oncología Médica, iniciándose tratamiento con sunitinib (50 ml cada 24 h), que es suspendido durante el segundo ciclo por toxicidad.

Se realiza una nueva angio-TAC, apreciándose reducción de 1 cm del tumor pero manteniéndose la trombosis tumoral venosa y las adenopatías locales. Se completa el estudio de extensión del trombo tumoral con angio-RMN (fig. 1).

Dada la imposibilidad de continuar con el tratamiento quimioterápico, se decidió intervención quirúrgica conjunta entre los Servicios de Urología y Cirugía Vascular.

Mediante anestesia general y laparotomía media, se realizó nefrectomía derecha y control proximal y distal de la vena cava inferior (VCI), así como de la vena renal derecha. Se procedió a la apertura de la VCI y resección en bloque del trombo tumoral, cerrándose la pared venosa con parche de pericardio (fig. 2).

La anatomía patológica de la pieza se informó de adenocarcinoma de células claras con grado histológico Fuhrman I-II/IV, con infiltración de la grasa perirrenal y de la pared de la vena renal.

La evolución posquirúrgica fue satisfactoria, sin presentar complicaciones. Se realizó a las 2 semanas angio-RMN

de control sin objetivarse recidiva tumoral ni trombo en la vena cava. Fue dado de alta con tinzaparina 20.000 UI.

A los 6 meses el paciente se encuentra asintomático, sin datos de recidiva.

Los tumores renales representan el 2-3% de los tumores malignos del adulto^{9,10}, aunque en los últimos años está aumentando su incidencia por diagnósticos incidentales. La invasión de la vena cava es más frecuente en varones (4:1)², y suele deberse a tumores renales derechos. Más del 80% son adenocarcinomas y, de ellos, la variedad de células claras es la más frecuente.

Aparte de los síntomas locorregionales del tumor¹, la tríada clásica de hematuria, masa abdominal y dolor lumbar solo se encuentra en un tercio de los casos al diagnóstico, y suele acompañarse de enfermedad avanzada, lo que implica un peor pronóstico. Un 10-40% de los pacientes pueden presentar síndromes paraneoplásicos. Solo un 35% de los pacientes presentan clínica de obstrucción venosa por invasión tumoral.

Además de las habituales pruebas diagnósticas (analíticas, radiografía de tórax, ecografía renal), la TC y la RM^{2,4,9,10} nos ayudarán a un diagnóstico más exacto, con la ventaja de ser pruebas no invasivas. La TC permitirá estudiar la presencia de metástasis y la afectación ganglionar, mientras que la RM es considerada la prueba más sensible y específica para la valoración de la presencia y extensión del trombo en la vena cava.



Figura 1 – Angio-RM donde se objetiva invasión de VCI por trombo.

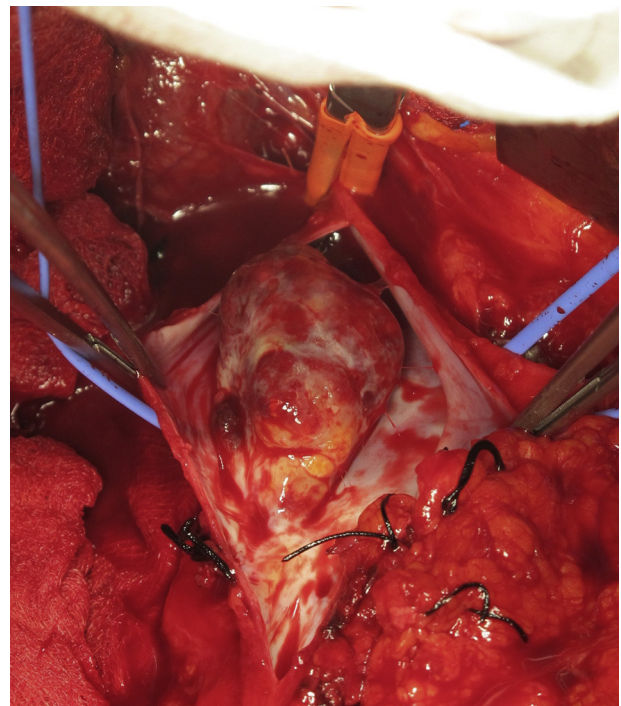


Figura 2 – Resección de vena cava con trombo tumoral.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, la vía de abordaje y la técnica quirúrgica^{5,8,9} dependerán del nivel en el que se encuentre el extremo cefálico del trombo en la vena cava. Para que la cirugía tenga éxito, es muy importante un manejo cuidadoso de la vena cava, para minimizar el sangrado y evitar embolismos. Se debe resear el segmento de vena que se encuentre afectado con márgenes de seguridad, permitiendo un correcto drenaje del riñón contralateral. Para sustituir el segmento reseado, se pueden emplear parches de pericardio bovino, dacron o goretex. En los últimos años, se han empleado de forma neoadyuvante los inhibidores multicinasa (sunitinib) para reducir el trombo tumoral.

Aunque se consideraba que la presencia de trombo tumoral en la vena cava constituía un factor de mal pronóstico^{1,9}, las nuevas técnicas quirúrgicas han conducido a un cambio significativo en el mismo. La mayor parte de las series señalan que la presencia de metástasis a distancia y la afectación ganglionar son los 2 factores que más influyen en la supervivencia. Si no existen metástasis, la cirugía tiene un objetivo curativo, de ahí que aunque sea más agresiva y conlleve una mayor morbilidad, la resección del tumor y del segmento afectado de la vena cava con éxito consigue que la supervivencia a los 5 años alcance el 57-68%.

A partir de la revisión de la literatura y de nuestra experiencia, la cirugía en tumores de células renales con invasión de vena cava se considera la técnica de elección⁸⁻¹⁰, ya que en ausencia de metástasis puede conducir a una curación de la enfermedad, mejorando el pronóstico a corto y largo plazo.

Financiación

Los autores declaramos que no se ha percibido ninguna ayuda económica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villavicencio H. Trombosis renal de cava: tumoral. *Clínicas Urológicas de la Complutense*. 1992;1:333-50.
2. Padilla Nieva J, Lekumberri Castaños D, Crespo Atin V, Martín Bazaco J, Acha Pérez M, Pertusa Peña C. Carcinoma

renal con invasión de vena cava. Un nuevo caso. *Actas Urol Esp*. 2001;25:125-8.

3. Kaplan S, Ekici S, Doğan R, Demircin M, Ozen H, Paşaoğlu I. Surgical management of renal cell carcinoma with inferior cava tumor thrombus. *Am J Surg*. 2002;183:292-9.
4. Ruibal Moldes M, Álvarez Castelo L, Chantada Abal V, Blanco Díez A, Fernández Rosado E, González Martín M. Cirugía del carcinoma renal con trombo tumoral en vena cava-aurícula. *Actas Urol Esp*. 2003;27:517-23.
5. Blute ML, Leibovich B, Lohse C, Cheville J, Zincke H. The May Clinic experience with surgical management, complications and outcome for patients with renal cell carcinoma and venous tumor thrombus. *BJU Int*. 2004;94:33-41.
6. Terakawa T, Miyake H, Takenaka A, Hara I, Fujisawa M. Clinical outcome of surgical management for patients with renal cell carcinoma involving de inferior vena cava. *Inter J Urol*. 2007;14:781-4.
7. Wotkowicz C, Wszolek MF, Libertino JA. Resection of renal tumors invading the vena cava. *Urol Clin N Am*. 2008;35:657-71.
8. Vázquez Alonso F, Vicente de Prados FJ, Cózar Olmo JM, Pascual Geler M, Rodríguez Herrera FJ, Martínez Morcillo A, et al. Carcinoma de células renales con extensión a vena cava: puesta al día y revisión de nuestra casuística. *Actas Urol Esp*. 2009;33:569-74.
9. Denardi F, Oliveira Reis L, Reges M, Oliveira R, Ferreira F, Ferreira U. Tumor renal con trombo en la vena cava inferior. Manejo quirúrgico y pronóstico. *Actas Urol Esp*. 2009;33:372-7.
10. Vergho DC, Loeser A, Kocot A, Spahn M, Riedmiller H. Tumor thrombus of inferior vena cava in patients with renal cell carcinoma—clinical and oncological outcome of 50 patients after surgery. *BMC Research Notes*. 2012;5:264.

Patricia González Martínez, Aitziber Salazar Agorria, Esther Bravo Ruiz, María José Suarez Tornin y Reyes Vega Manrique

Angiología y Cirugía Vascular, Hospital de Basurto, Bilbao. España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patgonmar@gmail.com,
patricia.gonzalezmartinez@osakidetza.net
(P. González Martínez).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.06.008>