

Casos en imagen 1.—CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES BILATERAL Y MÚLTIPLE (HIPERNEFROMA, ADENOCARCINOMA RENAL)

Diagnóstico final

Cáncer de células renales bilateral y múltiple (hipernefroma, adenocarcinoma renal).

Hallazgos radiológicos

En la radiografía simple de abdomen se observa un aumento de tamaño de ambas siluetas renales y calcificaciones curvilíneas en el polo inferior del riñón izquierdo (fig. 1). En la urografía intravenosa (UIV) se aprecia una masa de contornos bien definidos en el polo inferior del riñón derecho que desplaza y distorsiona los cálices de los grupos medio e inferior. En el riñón izquierdo se observa distorsión y elongación de cálices medios y inferiores con efecto de masa (fig. 2). En la tomografía computarizada (TC) de abdomen se observan masas renales, bilaterales y múltiples, sólidas, de densidad heterogénea, algunas con calcio en su interior, que realzan tras la administración de contraste intravenoso. En el riñón derecho se observa una masa hipodensa heterogénea, con zonas de realce lineales compatible con tumor con degeneración quística (fig. 3).

La anatomía patológica describe en el riñón derecho múltiples carcinomas renales de células claras, uno de ellos con patrón quístico multilocular y quistes simples renales (fig. 4), y en el riñón izquierdo un carcinoma de células claras y varios quistes simples.

Comentario

Los tumores malignos del riñón representan el 2-3% de todos los tumores. El cáncer de células renales es el más frecuente (85%). Predomina en la sexta década de la vida y en varones (2:1).

Existen factores de riesgo como el tabaco, la obesidad, la hipertensión arterial (HTA), el tratamiento con estrógenos y la exposición a amianto.

Los signos clínicos clásicos (dolor costovertebral, masa palpable y hematuria) sólo se observan en un 10% de los casos. El signo más fidedigno es la hematuria, que suele ser intermitente y puede ser macro o microscópica. El tumor puede no dar síntomas hasta alcanzar un gran tamaño, y se acompaña de síntomas generales como fiebre, malestar, debilidad, pérdida de peso y síndromes paraneoplásicos (policitemia, hipercalcemia, HTA, etc.).

La mayoría son esporádicos, pero hay formas familiares que se transmiten con carácter autosómico dominante y tienen peor pronóstico: el síndrome de von Hippel-Lindau, caracterizado por cáncer de células renales, hemangioblastoma de retina y

cerebro; el cáncer hereditario de células claras, y el cáncer papilar hereditario.

Es bilateral en un 1-6% de los casos. Los resultados de diversos estudios apoyan que el cáncer bilateral es el resultado de múltiples carcinomas *de novo* más que un cáncer con metástasis renales bilaterales.

Se ha observado una alta incidencia de multifocalidad: hasta un 33% si el tumor es bilateral y un 7% si es unilateral.

El caso que presentamos es un cáncer de células renales bilateral, múltiple y esporádico.

Un 25% de los pacientes tienen metástasis en el momento del diagnóstico y la localización más frecuente son los pulmones (50%) y el hueso (33%). La supervivencia a los cinco años es del 45%. El tratamiento de elección es la nefrectomía.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Blute ML, Amling CL, Bryant SC, Zincke H. Management and extended outcome of patients with synchronous bilateral solid renal neoplasms in the absence of von Hippel-Lindau disease. Mayo Clin Proc. 2000;75(10):1020-6.
- Blute ML, Itano NB, Cheville JC, Weaver AL. The effect of bilaterality, pathological features and surgical outcome in non-hereditary renal cell carcinoma. J Urol. 2003;169(4):1276-81.
- Grimaldi G, Reuter V, Russo P: Bilateral non-familial renal cell carcinoma. Ann Surg Oncol. 1998;5(6):548-52.
- Kito H, Suzuki H, Igarashi T, Tobe T. Distinct patterns of chromosomal losses in clinically synchronous and asynchronous bilateral renal cell carcinoma. J Urol. 2002;168(6):2637-40.
- Siemer S, Uder M, Zell A, Ponickic C. Bilateral kidney tumor. Therapy management and histopathological results with long-term follow-up of 66 patients. Urologe A. 2001;40(2):114-20.
- Wunderlich H, Schlichter A, Zermann D, Reichrl O. Multifocality in renal cell carcinoma: A bilateral event? Urol Int. 1999;63(3):160-3.

Correspondencia:

M. Luisa Arranz.
Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital de la Princesa.
C/ Diego de León, 62.
28006 Madrid. España.
marisaarranz@yahoo.es