



CUÁL ES SU MANEJO. RESPUESTA CASO CLÍNICO

Mejor respuesta caso clínico 3, publicado en la segunda edición de 2014. ¿Cuál sería su abordaje diagnóstico y terapéutico?☆

*Best response to Clinical Case 3, published in second issue of 2014.
What would be your diagnostic and therapeutic approach?*

Marco Antonio Ostos Zúñiga^{a,b,c,d}

^aCapitán de Fragata Médico

^bUrólogo, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia

^cJefe de Urología, Hospital Naval de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia

^dMiembro Correspondiente Sociedad Colombiana de Urología

Paciente de 55 años con edemas miembros inferiores y fatiga y masas renal derecha. Considero Paciente. Con Cáncer renal probablemente RCC con una probabilidad del 75%, con estadificación clínica cT3bN0M0 Estadio III. En este orden de ideas estaríamos frente a una enfermedad localmente avanzada. Se debe realizar una adecuada estadificación de la enfermedad con estudios de extensión, química sanguínea, calcio, pruebas de función renal, hepática, así como clasificación compromiso funcional ECOG-PS. Estratificación con factores de mal pronóstico para nefrectomía (LDH, Albumina, metástasis hepáticas y ganglionares retro o supra diafragmáticas) que puedan prever contraindicación quirúrgica. Evaluación interdisciplinaria Urología, Oncología, Cirugía cardiovascular, nefrología. Plan de manejo en este grupo de pacientes es indudable el beneficio de la cirugía nefrectomía radical (abordaje toraco-abdominal) más trom-

bectomía vena cava, en este paciente en particular podría corresponder a un nivel II o III acuerdo clasificación para trombos tumorales VCI clasificación de Neves-Zincke.

Este compromiso tumoral se asocia a un peor pronóstico en el RCC y su nivel (renal, infra hepático, retro hepático, atrial) de compromiso tumoral es controvertido. Compromiso trombo tumoral vena cava de un 10 a 15%.

La neoadyuvancia es un factor a tener en cuenta para grandes masas tumorales con posibilidad de masas irresecables, compromiso vascular, órganos adyacentes y adenopatías, posibilidad de utilizar INH de la angiogénesis con posterior disminución del tamaño tumoral e incluso del trombo vascular. Explicación clara al paciente de riesgos y beneficios de su tratamiento, posterior protocolo de seguimiento cada 3 a 6 meses por 3 años y luego anualmente por 5 años (examen físico, estudio).

*Nota del editor de la sección de Oncología, Jaime Andrés Cajigas Plata: revisadas las respuestas del caso anterior, la respuesta más completa fue la del Doctor Marco Antonio Ostos Zúñiga, que contempló todos los aspectos relacionados con diagnóstico estadificación, manejo y pronóstico. Al paciente SW le realizó nefrectomía radical derecha con trombectomía de la cava con adecuado control quirúrgico u oncológico.

Correo electrónico: manoz78@gmail.com