

Caso Clínico

Trombectomía de vena cava inferior y aurícula derecha secundaria a carcinoma renal



Vena cava and right atrium thrombectomy secondary to carcinoma renal cell

Azahara Fernández Carbonell^{a,*}, M. Teresa Conejero Jurado^a, Juan José Salamanca Bustos^b e Ignacio Muñoz Carvajal^a

^a Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^b Servicio de Urología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

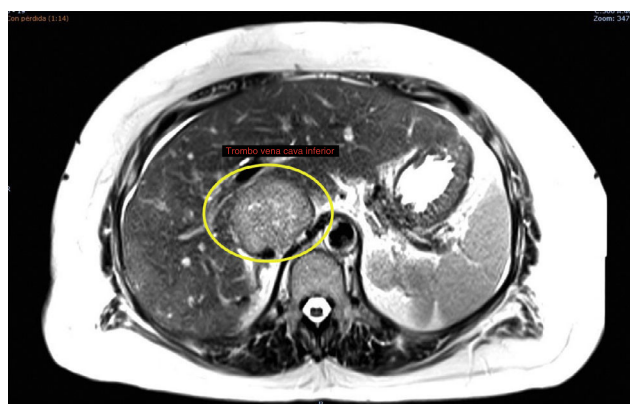


Figura 1. Imagen de resonancia magnética, donde se puede observar la masa infiltrante a nivel de vena cava inferior.

El carcinoma sarcomatoide de riñón es un tumor infrecuente en torno al 1-6%. El diagnóstico suele darse con la enfermedad avanzada; siendo la cirugía el tratamiento de elección. Es un tumor con mal pronóstico, con una supervivencia media de 6 meses.

Presentamos el caso de una mujer de 72 años con factores de riesgo cardiovascular (diabetes, HTA) hipotiroidismo y TEP previo, con diagnóstico de enfermedad neoplásica primaria renal con extensión local y a distancia, que desarrolla una masa de aspecto infiltrante con extensión a vena cava inferior (fig. 1) y aurícula derecha (fig. 2), diagnosticada con TC y RM.

Se programó cirugía multidisciplinar (fig. 3); nefroureterectomía y abordaje de la tumoración vascular¹ mediante esternotomía

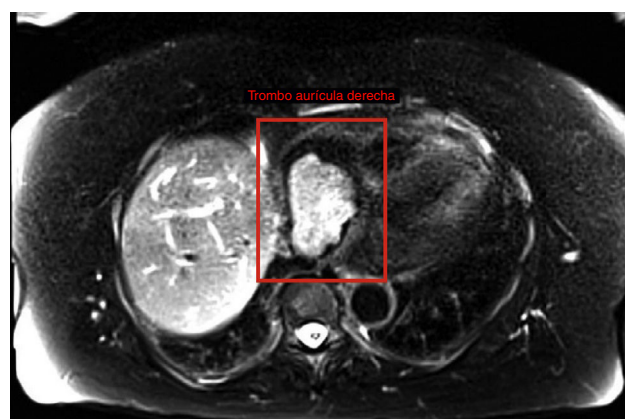


Figura 2. Imagen de resonancia magnética donde se puede observar la masa infiltrante (trombo) a nivel de aurícula derecha.

media, canulación aorta-bicava, circulación extracorpórea, normotermia, sin parada cardiocirculatoria y atriectomía derecha que posibilitó la extracción del tumor (fig. 4). La paciente desarrolló fracaso multiorgánico refractario a tratamiento en las primeras 24 h, con el consiguiente exitus.

La cirugía programada y multidisciplinar² con apoyo de circulación extracorpórea permitió la extracción del tumor y de la extensión a vena cava inferior.

La nefrectomía radical con trombectomía ofrece la mejor oportunidad curativa y de supervivencia a largo plazo cuando no se ha demostrado la existencia de metástasis.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: azasa89@hotmail.com (A. Fernández Carbonell).

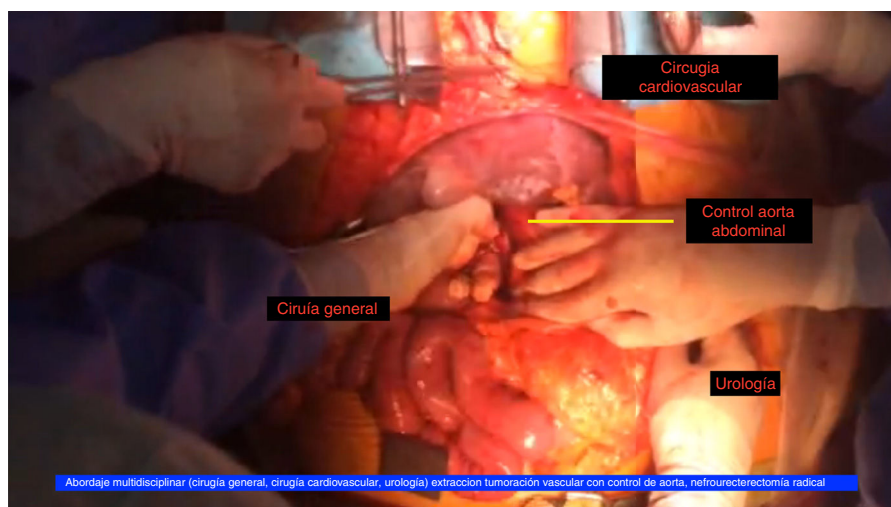


Figura 3. Imagen ilustrativa del equipo multidisciplinario implicado en la cirugía, equipo de cirugía general que controla aorta abdominal y vena cava inferior; equipo de urología para el abordaje «nefroureterectomía» y cirugía cardiovascular a nivel del tórax para extracción en el mismo acto quirúrgico y en un mismo tiempo de la masa tumoral infiltrante.

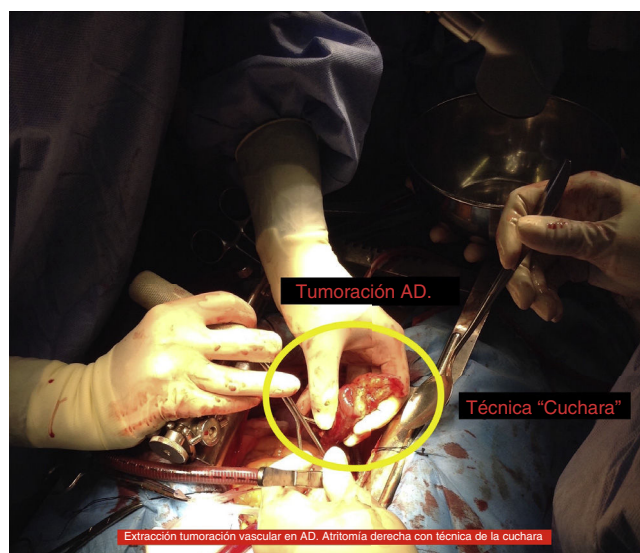


Figura 4. Imagen ilustrativa de la técnica de la cuchara que realizamos en nuestro centro para la extracción del trombo a nivel de la aurícula derecha. Se utiliza una cuchara como instrumental en la cirugía y se reseca la masa infiltrante en su totalidad sin incidencias.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Agradecimientos

Agradecimientos al equipo de Cirugía Cardiovascular y Urología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Bibliografía

1. O'Donohoe MK, Flanagan F, Fitzpatrick JM, Smith JM. Surgical approach to inferior vena caval extension of renal carcinoma. *Br J Urology*. 1987;60:492–6.
2. Zisman A, Wieder JA, Pantuck AJ, Chao DH, Dorey F, Said JW, et al. Renal cell carcinoma with tumor thrombus extension: Biology, role of nephrectomy and response to immunotherapy. *J Urol*. 2003;169:909–91.