



Informe Breve

Trombo tumoral metastasico en una paciente con antecedentes de cáncer renal de células claras.

Tusar Romina I*; **Ojeda K.2;** **Grillo S.3**

1 Estudiante de medicina, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina. Mariano Moreno 1240, CP 3400.

-romiitusar@gmail.com

2 Médica nefróloga, terapeuta, Hospital Angela Llano, Corrientes, Argentina. Av. Ayacucho 3298, CP 3400.

3 Docente de PFO, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina. Mariano Moreno 1240, CP 3400.

Fecha de recepción: 16/05/2022

Fecha de aceptación: 12/12/2022

Resumen:

El objetivo del estudio fue describir la evolución y pronóstico del cáncer renal de células claras con metástasis en vena cava inferior y destacar la importancia del seguimiento del paciente luego de someterse a la práctica quirúrgica de la nefrectomía radical. Describimos una paciente monorrena por tumor renal de células claras con comorbilidades asociadas y el desarrollo posterior de un trombo metastásico invadiendo vena cava inferior y aurícula derecha, ocasionando gran daño cardíaco.

Palabras Clave: trombo metastásico; Vena Cava inferior; cáncer de riñón; trombectomía.

Abstract

The objective of the study was to describe clear cell renal cancer with thrombus metastasis to the inferior vena cava and to highlight the importance of patient follow-up after undergoing the surgical practice of radical nephrectomy. We describe a patient with a single kidney due to clear cell renal tumor with associated comorbidities such as diabetes and hypertension, and the subsequent development of a metastatic thrombus leading to the inferior vena cava and right atrium that has caused great damage at the cardiac level.

Keywords: metastatic thrombus; Inferior Vena Cava; kidney cancer; thrombectomy.

El adenocarcinoma de células claras forma parte del 3% de todos los tumores malignos de la edad adulta, correspondiendo al 75% de todos los tumores renales. Presenta alta posibilidad de resolución si su diagnóstico y tratamiento se ejecuta cuando su localización no va más allá del riñón y tejido circundante inmediato, asociando la sobrevida al grado de diseminación tumoral. El 2% de los hallazgos son incidentales (por medio de tomografía axial computada y ecografía) y el 60%, se presentan asintomáticos. Estos tumores habitualmente invaden (por continuidad) tejidos vecinos, siendo común la angio-invasión de la vena renal, y su progresión a la vena cava inferior, que se da en el 4 al 10% de los casos, con riesgo de extensión a la aurícula derecha del 1%. Otro mecanismo de metástasis es la vía hematogena que compromete a pulmón, intestino e hígado. (1,2).

El caso presentado corresponde a una paciente femenina de 69 años, diabética con retinopatía asociada, hipertensa, monorrena derecha, con insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal crónica en hemodiálisis desde el 2015 y antecedentes de tumor renal de células claras en el año 2013, diagnosticado con informe histopatológico de tumor de riñón derecho con grasa perirrenal que evidencia: patrón sólido alveolar, grado histológico I en polo inferior y múltiples sateliosis en cuerpo y pelvis de 5,5 x 5 x 5 cm, márgenes quirúrgicos libres.

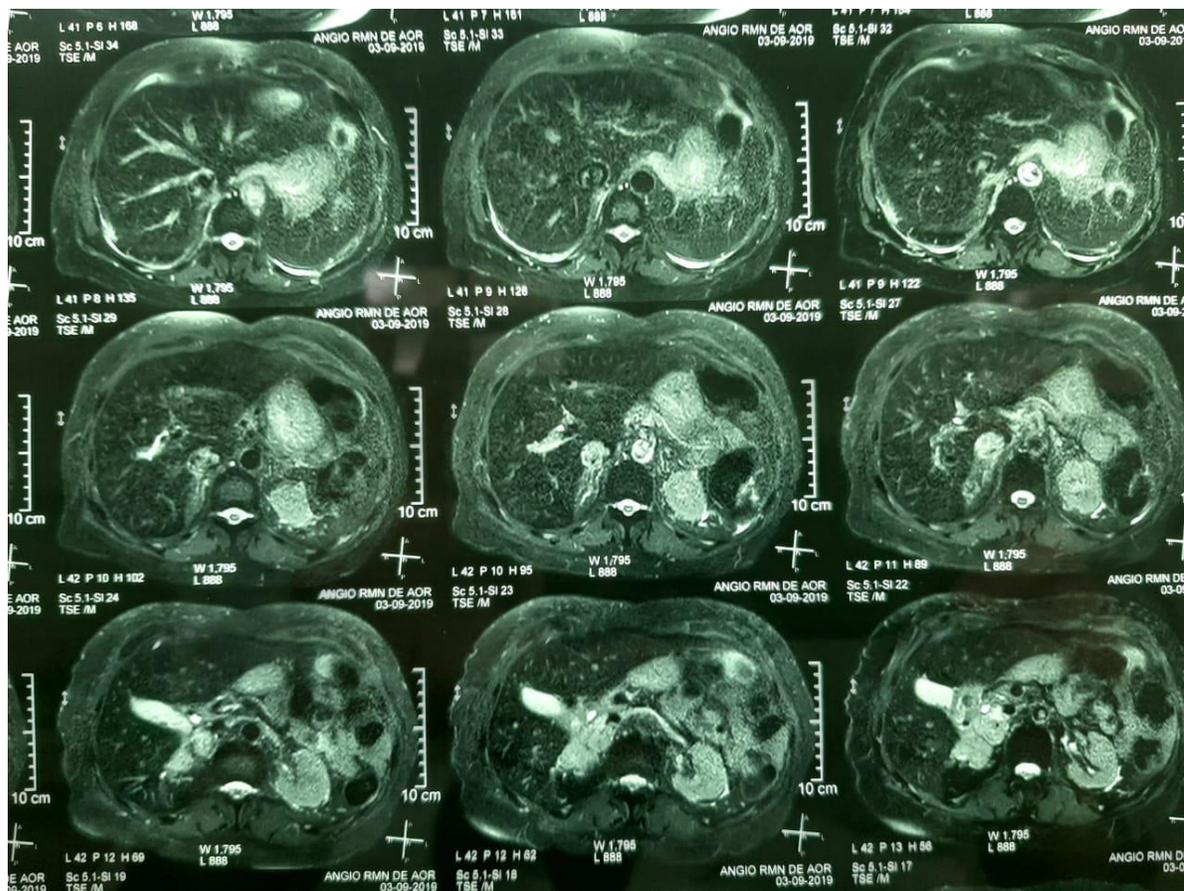


Estadificación pT1b, pNx, pMx. En 2015, refiere presentar astenia, adinamia, anorexia, náuseas y vómitos, por lo cual consulta al hospital de su localidad donde se constata deterioro de la función renal. Se realiza estudios complementarios; ecografía renal (16/4/2015) que informa: riñón derecho ausente. Riñón izquierdo con dimensiones aumentadas, eco estructura conservada de 12 x 4,8 x 5,1 volumen de 161 cc. Sin hidronefrosis. Ecodoppler cardiaco: insuficiencia aortica leve, dilatación de la aurícula izquierda, hipertrofia concéntrica del VI, Fey conservada. Disfunción diastólica grado II. Laboratorio: Hematocrito 20,7%, Hemoglobina 6.8 g/dl, plaquetas 258.000/mm³, Na 128 mEq/L, K 5.5 mEq/L, Glucemia 105 mg/dl, ALT (GPT) 14 UI/L, Creatinina sérica 6.64 mg/dl, PTHi 100 pg/ml, Albúmina 3.6 g/dl, Proteínas Totales 6.5 g/dl, Urea 262 mg/dl. Diuresis 800 ml/d; por lo cual inicia terapia de reemplazo renal de urgencia con previa colocación de catéter transitorio. En el año 2016, evoluciona con varias internaciones por infecciones respiratorias y del aparato urinario, cumpliendo múltiples esquemas antibióticos. A nivel infectológico se realiza tratamiento con Amoxicilina 875 mg + Ácido Clavulánico 125 mg /día por presentar infección de vías respiratorias, con antecedente de neumonía. Presenta episodios de cefaleas y cifras tensionales elevadas fuera de las sesiones de diálisis, lo que se atribuye a encefalopatía hipertensiva, por lo que recibe drogas antihipertensivas (amlodipina 10 mg, carvedilol 50 mg, enalapril 20 mg/día). Se realiza eco Doppler cardiaco (26/04/2016) que informa: AI dilatada 49. Esclerosis leve de válvula aortica. VI hipertrófico. Función sistólica conservada-Patrón rígido de la válvula mitral. Septum interventricular hipertrófico. Fey 76%. En 2017 la paciente progresa con astenia, debilidad de miembros inferiores, con edemas bimaleolares, disnea grado II, III, somnolencia y cefaleas continuas, anemia con ferritina de 1031 - SAT 39% como reactante de fase aguda, con aumento de las dosis de eritropoyetina. El 28/02/2017 se realiza eco Doppler cardiaco: hipertrofia del VI. Fey 65%.AI 48. 16/05/2017 ecodoppler cardiaco: imagen móvil en AD, que continúa en vena cava inferior de 40 X 18mm, sugiriendo tumor. Hipertrofia concéntrica del VI, dilatación de la aurícula izquierda, Fey 62%. Se interna en unidad coronaria, donde se diagnostica la presencia de trombo flotante, iniciando anticoagulación. Se repite ecocardiograma MB que informa: válvulas normales. AI 46mm. VI conservado, hipertrofia septal moderada, tumoración en bordes de vena cava inferior, que ocupa la luz en forma subtotal, con escaso flujo anfractuosos tangencial, ocupando la aurícula derecha parcialmente, móvil con bordes delimitados, redondeados, que no se proyectan a través del plano valvular. Doppler: disfunción diastólica grado I. Ecodoppler de vasos del cuello: placa cálcica en bulbo carotideo de 6mm x 2 mm de espesor, otra en carótida interna de 5 mm x 1,4 mm de espesor. Formación nodular sólida, heterogénea de contornos regulares de 19mm x 16mm, en polo inferior del lóbulo tiroideo derecho, con vasos intra y peri nodulares al Doppler, correspondiente a paratiroides o tiroides. En octubre del 2017 se realiza cirugía con resección parcial del tumor de aurícula derecha. Esternotomía mediana, apertura y reparo del pericardio, CEC, clampeo aórtico, cardioplejía sanguínea anterógrada y parada cardiaca. Auriculotomía que evidencia: formación tumoral con pedículo adherido a la vena cava inferior retro hepática, el cual se extrae para biopsia. Cierre de aurícula. Colocación de drenaje mediastinal. Cierre de esternotomía. Se recibe informe histopatológico: con técnica H/E que muestra células atípicas microscópicamente, de núcleos redondeados, hiper cromáticos, citoplasma claro, en nidos con estroma congestivo. Evoluciona con fibrilación auricular paroxística, hiperkalemias. Tromboembolismo de pulmón, en lóbulo inferior derecho. Ecodoppler cardiaco: fey 70%. Pericardio normal. PVC 10. Ecodoppler vascular de miembros inferiores: descartándose trombosis venosa profunda. Ecodoppler abdominal evidencia trombo móvil a nivel de la vena cava inferior. Resonancia Nuclear Magnética de abdomen y angi resonancia: derrame pleural bilateral a predominio derecho, sin imágenes ganglionares en retroperitoneo.



Sobre el muñón de la vena cava renal derecha y a nivel de la vena cava inferior infrahepática se identifica defecto de relleno compatible con trombo tumoral, de 80 mm. Se realiza interconsulta con servicio de cirugía vascular, quienes deciden mantener conducta expectante y continuar con tratamiento médico. Un mes después, presenta tos seca, imposibilidad para expectorar, edemas facial y de miembros inferiores, decaimiento general, cuadro de neumonía derecha, anemia, requiriendo de internación en servicio de clínica médica. Se realiza nueva TAC de tórax: sin adenomegalias en regiones axilares, adenomegalias mediastinales en rango adenomegálicas, huella de esternotomía, colección retroesternal hipodensa de 10 x 2 x 3. Área cardíaca aumentada de tamaño, derrame pericárdico, placas ateromatosas aórticas, derrame pleural leve derecho, imágenes nodulillares no calcificadas bilaterales. Se reúne el comité de tumores concluyendo que el tumor cardíaco que presenta la paciente, es de características benignas, por lo cual no se haría ningún tratamiento oncológico radioterápico, ni quimioterápico y debería continuar con controles por consultorio externo. La paciente evoluciona en regular estado general, con fatiga crónica, anemia refractaria al tratamiento médico. Es evaluada en servicio de oncología. Refiere persistencia de dolores óseos generalizados y alto consumo de AINES. En septiembre del 2019 realiza angioresonancia de aorta abdominal con contraste que identifica: proceso ocupante de aspecto tumoral, solido, isohipointenso en T1, levemente hiperintenso en SPAIR y signos restrictivos en la secuencia de difusión, ubicado en la región superior y anterior de la celda renal derecha, diámetro transverso de 56 mm y cefalocaudal de 73 mm, que infiltra a la vena cava inferior, con defecto de relleno en su interior. (Figura 1).

Figura 1. Angioresonancia de aorta abdominal con contraste. Descripción en texto. Septiembre 2019.





No evidencia planos grasos de separación con el marco duodenal por lo que no descartamos compromiso infiltrativo. Elementos ganglionares no adenomegálicos en región prevertebral. Según los datos de materiales bibliográficos consultados, llegamos a la conclusión de que el seguimiento de estos tumores es de suma importancia y destacamos el rol fundamental de los estudios de imágenes complementarios, (tomografías, resonancias) para la confirmación o descarte de la presencia de trombos tumorales. Creemos en el caso de nuestra paciente, que la nefrectomía radical ha demostrado claramente su beneficio, (2014), pero quizás la falta de un seguimiento adecuado, nos llevó al descubrimiento casual del trombo metastásico en vena cava inferior y aurícula derecha, mucho tiempo después (2017). Presentando en un primer momento un estudio patológico compatible con estadio: pT1b, pNx, pMx, ausencia de infiltración de capsula y tejido perirrenal, pero que citaba múltiples satelitosis en cuerpo y pelvis de 5,5 x 5 x 5 cm. Lo cual se contrapone al hallazgo posterior compatible con estadio pT3b o pT3c. La nefrectomía en conjunto con la trombectomía puede ser ampliamente efectiva, en ausencia de otras metástasis, o al menos podría tener un incremento de la supervivencia o de la calidad de vida. (2) Por tal motivo, previamente a la cirugía se debe definir la localización concreta del trombo, a fin de concebir el mejor procedimiento posible, ya que diferentes técnicas han sido utilizadas. Teniendo en cuenta que cuando está involucrada la vena cava se requiere una cirugía de gran magnitud, resultando en una mayor estadía hospitalaria y requerimiento de internación en unidad de cuidados intensivos. En el caso de nuestra paciente, su sobrevida hasta el momento es de seis años, con deterioro evidente de su calidad de vida, cuyo pronóstico sigue siendo adverso (3). Comparando con bibliografías que informan también una media de supervivencia del 60% al año en una población con nefrectomía +trombectomía venosa y metástasis al momento del diagnóstico, en comparación con el 90% de sobrevida en pacientes sin metástasis.(4, 5). El nivel de trombo por encima del diafragma (T3c) no se asoció significativamente con una peor supervivencia (HR 1.4, 95% CI 0.8–2.5)(5). Se debe tener presente que ante la presencia de trombos en cavidades cardíacas, el diagnóstico de tumor de células claras debería ser considerado.

Bibliografía:

1. Bohuslav Č., Vladislav T., Jiri M., Richard Š. How to proceed in the case of a tumour thrombus in the inferior vena cava with renal cell carcinoma. Elsevier. 2015; 57(2): 95-100.
2. Carlos J. R., María C., Federico R., Alejandro M., Jorge C., Óscar C., Carlos M., Alberto M., Justo L. Treatment of Caval Vein Thrombosis Associated With Renal Tumors. Cirugía española. 2017; 95 (3): 152-159.
3. Monica A. O., Roxana M., Adela S. T., Anca M., Nicolae R., Alina T. Renal Cell Carcinoma With Extensive Tumor Thrombus Into the Inferior Vena Cava and Right Atrium in a 70-Year-Old Man. Am J Mens Health. 2019; 13(3): 1557988319846404.
4. Sarah P. P., Bradley C. L. Management of inferior vena cava tumor thrombus in locally advanced renal cell carcinoma. Ther Adv Urol. 2015; 7(4): 216–229.
5. Jared M. W., Adam C. R., Maxwell V. M. Population based analysis of survival in patients with renal cell carcinoma and venous tumor thrombus. Urologic Oncology. 2011; 31(2): 259-263.