



ER-23. - TUMOR DE CÉLULAS CLARAS: ¿SE PUEDE SEGUIR CONSIDERANDO EL TUMOR DEL INTERNISTA?

L. Moreno-Ávalos, E. Urdiales Ruano, M. Lozano Parras, C. Blasco Fanlo, J. Gil Perdomo, D. García-Arribas, E. Calvo Manuel, R. Lana Soto

Servicio de Medicina Interna I. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: Los tumores del parénquima renal representan el 3% de los tumores renales del adulto, siendo el 2% de muertes por cáncer. Presentamos dos casos de adenocarcinoma recidivante de células claras de presentación atípica.

Métodos: Se realiza estudio prospectivo de dos casos clínicos.

Resultados: 1) Varón de 63 años que presenta cuadro clínico de disnea y dolor torácico bilateral, secundario a tromboembolismo pulmonar submasivo, ingresa en UCI para fibrinólisis y estabilización hemodinámica mantenida pasando a Medicina Interna. Entre sus antecedentes destacan HTA, 4 años antes nefrectomía izquierda más esplenectomía por tumor renal de células claras, grado 2 de Fuhrman, estadio p1T1b con glándula suprarrenal y bazo sin alteraciones histológicas (diagnóstico incidental tras fractura de fémur traumática), presentando 5 meses después un ACV en territorio de ACM izquierda de etiología indeterminada. En seguimiento por urología (6 meses del último control), sin aparente recidiva. A pesar de las pruebas de imagen iniciales sin hallazgos (Rx tórax, TAC tórax y ecografía abdominal) dados los antecedentes de episodios trombóticos y oncológicos se realiza PET-TAC evidenciando múltiples opacidades nodulares subpleurales, algunas con leve captación difusa de radiotrazador, en campos posteriores de ambos pulmones, y nódulo pulmonar de 5 mm. Un nódulo de 12 mm adyacente al pilar diafragmático izquierdo sin captación significativa de radiotrazador (no obstante, dado que la lesión primaria es un tumor renal, dichos tumores pueden cursar con baja medida por la FDG), hallazgos que no estaban presentes en escáner realizado seis meses antes y que se interpretan como recidiva del adenocarcinoma de células claras. 2) Mujer de 87 años con antecedentes de HTA, DM 2, que consulta por debilidad, parestesias y calambres en miembros inferiores, evidenciando deterioro de función renal e hipocalcemia (resto de iones normales) y en ecografía tumoración sólida en polo inferior renal derecho y otra en zona distal de uréter derecho, resecados mediante nefroureterectomía radical derecha, con histología de carcinoma renal de células claras, grado 2 de Fuhrman estadio III y urotelioma de uréter distal de alto grado estadio III. Un año después acude por disnea y dolor abdominal inespecífico sin alteraciones analíticas, en Rx tórax derrame compatible con insuficiencia cardiaca, en eco abdominal nódulo en triángulo vesical derecho. Ante la mala evolución de la paciente que no se justifica con los hallazgos se decide realizar PET-TAC encontrando datos compatibles con malignidad de alto grado en múltiples adenopatías supra e infradiafragmáticas, implantes pleurales, peritoneales y muscular y lesión hepática. Derrame pleural derecho, compatible con recidiva de adenocarcinoma de células claras.

Discusión: El comportamiento y la evolución del carcinoma de células renales son impredecibles. La triada clásica de hematuria, dolor en flanco y masa palpable se encuentra en menos del 10% de los casos, asociándose con mucha más frecuencia a síndromes paraneoplásicos, de ahí que se le conozca como “tumor del internista” o “el gran simulador”, siendo el responsable de cuadros tan inespecíficos como anemia, eosinofilia, fiebre de origen desconocido, amiloidosis, trastornos iónicos, síndrome de Cushing, eventos trombóticos, o que los síntomas al debut sean secundarios a las metástasis debido a su gran venotropismo. En nuestros 2 casos ha sido necesario recurrir a la realización de un PET-TAC para lograr llegar al diagnóstico ya que las pruebas complementarias habituales no daban datos de sospecha de recidiva del tumor de células claras.

Conclusiones: El tumor de células claras sigue siendo un reto diagnóstico y es imprescindible tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de muchos de los pacientes pluripatológicos.