

## Asociación de tumor renal sólido y tumor quístico: a propósito de un caso

*Association between solid renal tumor and cystic tumor: a case report*

**Dr. Fernando S. Fernández Marichal <sup>I</sup>; Dr. Rafael Toirán García <sup>II</sup>; Dra. Ahimara Varela Álvarez <sup>II</sup>; Dr. Orlando Segura Roque <sup>III</sup>**

I Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

II Hospital Oncológico Provincial María Curie. Camagüey Cuba.

III Hospital Pediátrico Universitario Eduardo Agramonte Piña. Camagüey, Cuba.

---

### RESUMEN

**Fundamento:** los carcinomas de células renales surgen en su gran mayoría en el parénquima renal, existiendo un número menor de casos que aparecen de inicio en un quiste renal, denominándose carcinoma quístico renal.

**Objetivo:** demostrar que pueden coexistir carcinomas renales sólidos y quísticos de forma independiente, aunque sea infrecuente.

**Caso Clínico:** se presenta el caso clínico de un paciente con carcinoma quístico renal más tumor renal sólido en el parénquima, ambos con la variedad de células claras. El ultrasonido y la tomografía axial computarizada fueron los estudios que ayudaron al diagnóstico. Se le realizó nefrectomía radical en el Hospital Docente de Oncología María Curie, de Camagüey, en junio del 2013. El paciente egresó del hospital a los siete días del tratamiento quirúrgico, con seguimiento por consulta externa.

**DeCS:** CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES/ultrasonografía; ENFERMEDADES RENALES QUÍSTICAS; NEFRECTOMÍA; ANCIANO; INFORMES DE CASOS.

---

## ABSTRACT

**Background:** carcinomata of renal cells mostly occur in the renal parenchyma, although in few patients, a renal cyst develops into carcinoma so they are identified as renal cyst carcinoma.

**Objective:** to prove that cystic and solid renal carcinomas can coexist independently, although it is infrequent.

**Clinical case:** a clinical case of a patient who was diagnosed with renal cyst and solid renal tumor in the renal parenchyma, both formed originated from clear cells; diagnosis was based on findings on US and CAT scan.

**Results:** radical nephrectomy was performed on the patient at the Maria Curie Teaching Oncology Hospital in June 2013 in Camaguey city. The patient was discharged seven days after surgery and a follow-up care was established.

**DeCS:** CARCINOMA, RENAL CELL/ultrasonography; KIDNEY DISEASES, CYSTIC; AGED; CASE REPORTS.

---

## INTRODUCCIÓN

Las primeras cirugías renales aparecieron en el año 1881 y fue Wolcott citado por Ljungberg B, et al, <sup>1</sup> quien describe la primera nefrectomía por tumor renal que en un inicio había calificado como hematoma. Con el aumento del número de casos con nefrectomía, se dispuso de tejido necesario para la interpretación desde el punto de vista histológico de las lesiones renales. En la actualidad, la histología se divide en variedades tales como: carcinoma de células claras, papilar, cromóforo, sarcomatoide, oncocitoma. De igual forma la aparición de los tumores renales presenta un componente genético importante puesto de manifiesto por la asociación de enfermedades hereditarias y la aparición de tumores renales como se encuentran en la enfermedad de Von Hippel-Lindou, el carcinoma papilar hereditario, el síndrome de Birt-Hogg Dube y el síndrome de predisposición hereditaria a la leiomatosis. <sup>1-3</sup> Las pruebas de imágenes como la ecografía y la tomografía axial computarizada en la evaluación de los síntomas abdominales y como parte de los exámenes de rutina han puesto de evidencia un número importante de masas renales de curso asintomático.

Se estima que del 25 al 35 % de las lesiones renales en pacientes mayores de 50 años corresponden a quistes simples, sin embargo, el hallazgo de quiste renales complejos corresponden del 4 al 12 % de los carcinomas de células renales. <sup>4</sup>

La evaluación por estudios imaginológicos de las lesiones renales quísticas llevan implícito el grosor de la pared, la presencia de refuerzo vascular, cantidad de septos intraquísticos, presencia y cantidad de calcificaciones y la interface de la lesión con el tejido renal. De utilidad para definir malignidad en un quiste renal es la clasificación que divide estas lesiones en cuatro grupos según la característica de la tomografía axial computarizada y permite el enfoque terapéutico. <sup>2</sup> Los reportes sobre quistes tumorales encontrados son varios. Estos estudios se basan en correlacionar el porcentaje de aparición, tiempo de supervivencia relacionado con tumores renales sólidos así como beneficios de técnicas quirúrgicas utilizadas y estadiaje de las lesiones pre y postquirúrgicos. <sup>5-7</sup>

El objetivo de esta presentación fue demostrar la asociación de un quiste renal tumoral y un tumor renal sólido en el mismo riñón por separados, los

cuales resultaron carcinomas renales, ambos dentro de la variedad de células claras.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 68 años de edad, blanco, con antecedentes de HTA, para lo que lleva tratamiento con enalapril 20 mg diarios. Acude a la consulta central de Urología del Hospital Docente Oncológico Provincial María Curie por presentar cuadro de dolor lumbar derecho gravativo, de varios meses de evolución recibiendo terapia analgésica en su área de salud donde se interpretó de inicio con diagnóstico de sacrolumbalgia aguda. En el examen físico, como positivo se encontró una masa palpable en fosa lumbar derecha que se extendía hacia el flanco derecho. Se realizó estudios de la hemoquímica sanguínea: hemograma con diferencial: hematocrito de 33 vol/%, leucocitos  $9 \times 10^6/l$ , glucemia: 3,6 mmol/l, creatinina 86 mmol/l, y ácido úrico 399 mmol/l. Rx de tórax sin alteraciones cardiorácicas ni metastásicas, se repitió ultrasonido renal donde se describió: hígado normal, riñón derecho con quiste de 110 mm en polo superior con engrosamientos de sus paredes e imágenes ecogénicas con sombras acústicas, riñón izquierdo normal, no adenopatías abdominales. Fue necesario una tomografía computarizada con el siguiente resultado: masa tumoral en polo superior del riñón derecho que no capta contraste de 112 mm y una segunda imagen ecogénica de 38 x 43 mm en la base de la anterior, no adenopatías abdominales.

Con los resultados anteriores se decidió realizar nefrectomía radical del riñón derecho. El paciente egresó a los 15 días, con seguimiento por consulta externa. Se recibió resultado de la biopsia que informó un carcinoma renal de células claras del parénquima renal, además con paredes de quiste renal y zonas independientes con áreas de carcinoma renal, variante células claras.

## DISCUSIÓN

El cáncer renal constituye el 3 % de todas las neoplasias malignas del adulto y se ha constatado un aumento progresivo en la incidencia en los últimos años, con una tasa aproximada al 2,5 % anual,<sup>8,9</sup> como resultado probablemente del mayor número de pruebas diagnósticas realizadas en el contexto del estudio de otras enfermedades (ultrasonido abdominal y tomografía computarizada).

Se diagnostica de forma aproximada unos 28 000 casos nuevos cada año y es el responsable de 11 000 muertes en ese mismo intervalo de tiempo.<sup>1,8</sup> Dentro de los tumores renales al carcinoma quístico renal le corresponde entre un 2,3 y 15%.<sup>5,6</sup> Más del 20 % de los adultos presentan quistes renales en estudios de imágenes aumentando hasta el 50 % en autopsias en personas mayores de 50 años.<sup>5</sup> La génesis de los quistes renales no está clara, sin embargo, se repite la hipótesis de un defecto en el desarrollo embrionario donde los túbulos uriníferos de segunda generación no se unen con los túbulos colectores y se produce así dilataciones y/o colecciones quísticas.

De ser cierta, esta hipótesis pudiera explicar los cambios histológicos que se producirán en un revestimiento epitelial a partir de túbulos renales del mismo origen histológico de los carcinomas de células renales.<sup>5</sup> Por otra parte, Durán, et al,<sup>10</sup> formularon la teoría de un mecanismo patogénico común para los tumores quísticos renales y los tumores mucinosos del páncreas y el hígado que puede estar relacionado con el mesénquima periductal fetal debido al paralelismo clínico y patológico entre estos. Benejan, et al,<sup>11</sup> relacionan quiste con tumor respecto a su situación topográfica, donde Hartman, et al,<sup>12</sup> proponen los mecanismos patogénicos de aparición de tumores renales quísticos:

- . Tumor renal originado en el epitelio de revestimiento de un quiste.
- . Cambios quístico dentro de un tumor, generalmente debido a necrosis importante del mismo con formación de cavidades asociadas.
- . Crecimiento quístico intrínseco unilocular (cistoadenocarcinoma), habitualmente de tipo papilar.
- . Crecimiento quístico intrínseco multilocular. Múltiples quistes no comunicados entre sí rellenos de material hemático. Las células tumorales, habitualmente del tipo células claras, revisten de modo continuo las paredes de los lóculos. Un 40 % de los tumores renales quístico corresponden a este grupo.

Esto tiende a explicar la patogenia de los carcinomas quísticos renales, sin embargo, en el caso presentado la tumoración se encontraba tanto en el parénquima como en las paredes del quiste sin formar parte de este. Para Velasco, et al, <sup>4</sup> quienes presentaron una serie de carcinomas renales quísticos en 48 casos, dos de ellos tenían tumores en dos segmentos del riñón, siendo quísticos ambos. La pariedad de un tumor en el parénquima asociado a un quiste tumoral no es frecuente en la literatura.

## CONCLUSIONES

Pueden coexistir en el riñón, carcinomas renales sólido y quístico de forma independiente dentro de la variedad de células claras, aunque sea de forma infrecuente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ljungberg B, Cowan N, Hanbury DC, Hora M, Kuczyk M, Merseburger AS, et al. EAU guidelines on renal cell carcinoma: the 2010 update. *Eur Urol*. 2010 Sep;58(3):398-406.
2. Young AC, Craven RA, Cohen D, Taylor C, Booth C, Harnden P, et al. Analysis of *VHL*

gene alterations and their relationship to clinical parameters in sporadic conventional renal cell carcinoma. *Clin Cancer Res*. 2009 Dec;15(24):22-8.

3. De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA. *Principles & Practice of Oncology*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Company; 2008.
4. Velasco AI, Celoni M, Salvado JA, Celis S, Troncoso P. Tumores renales quístico. Correlación clínico-patológica y sobrevida. *Rev Chilena Urol*. 2006;71(1):306.
5. López Ferrandis J, Rioja Zuazu J, Saiz Samsi A, Regojo Balboa JM, Fernández Montero JM, Rosell Costa D, et al. Valoración y pronóstico de los tumores renales quísticos. *Actas Urol Esp [Internet]*. 2005 Ene [citado 4 Oct 2014];29(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062005000100011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062005000100011&lng=es).
6. Ferreiro Valdes TM, Hernández Campo PR, Rodríguez Quiñones JR, Lemus Sarracino A. Tumor en la enfermedad renal poliquística. Presentación de un caso. *Rev Ciencias Médicas [Internet]*. Jun 2010 [citado 4 Oct 2014];14(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942010000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000200007&lng=es)
7. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(2):69-90.
8. Mohanty SK, Parwani AV. Mixed epithelial and stromal tumor of de kidney: an overview. *Arch Pathol Lab Med*. 2009 Sep;133(9):1483-6.
9. López-Fontana G, Gallegos I, Sepúlveda F, Bonomo JI, Castillo OA. Tumor mixto epitelial-estromal renal (MEST). *Arch Esp Urol*. 2012;65(7):713-16.
10. Durán Álvarez S. Quistes renales: concepto y clasificación. *Rev Cubana Pediatr*

- [Internet] 2007 [citado 4 Oct 2014];79(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol79\\_01\\_07/ped11107.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol79_01_07/ped11107.htm)
11. Anglada Curado FJ, Campos Hernández Benejam Gual JM, Díez-Caballero AF, García-Miralles Grávalos R. Quiste renal complejo: Tratamiento laparoscópico. *Actas Urol Esp* [Internet]. Jun 2006 [citado 4 Oct 2014];30(6):[aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062006000600011&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062006000600011&lng=pt)
12. P, Prieto Castro R, Carazo Carazo JL, Regueiro López JC, Vela Jiménez F, et al. Nuevos patrones epidemiológicos y factores de riesgo en cáncer renal. *Actas Urol Esp* [Internet]. May 2009 [citado 4 Oct 2014 ];33(5):[aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062009000500002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062009000500002&lng=es)

Recibido: 4 de noviembre de 2014

Aprobado: 19 de noviembre de 2014

*Dr. Fernando S. Fernández Marichal.* Especialista de II Grado en Urología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domech. Camagüey, Cuba. Email: [fsmarichal@finlay.cmw.sld.cu](mailto:fsmarichal@finlay.cmw.sld.cu)