

HOSPITAL MILITAR  
"COMANDANTE MANUEL FAJARDO RIVERO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

TUMOR DE CÉLULAS RENALES EN ADULTO JOVEN. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Por:

Dr. Orlando Lovelle Enríquez<sup>1</sup>, Dra. Daysi González Rodríguez<sup>2</sup> y Dr. Ignacio Igualeda Correa<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Radiología y Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Hospital Militar "Comandante Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara, Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Radiología. Instructor. Hospital Militar "Comandante Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Hospital Militar "Comandante Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara. Villa Clara.

**Descriptor DeCS:**

NEOPLASMAS RENALES/ultrasonografía  
CARCINOMA DE CELULAS  
RENALES/ultrasonografía

**Subject headings:**

KIDNEY NEOPLASMS/ultrasonography  
CARCINOMA RENAL CELL/ultrasonography

Los carcinomas de células renales constituyen del 1 al 3 % de las neoplasias viscerales y el 85 % de los cánceres renales, aparecen con más frecuencia en personas mayores, generalmente entre el sexto y séptimo decenio de la vida, y predominan en los varones en una proporción de 2 a 3:1<sup>1-4</sup>. Por el color y semejanza de sus elementos, a las células claras de la corteza suprarrenal se les llamó hipernefoma, aunque ahora se sabe que proceden del epitelio de los túbulos renales y, por tanto, son adenocarcinomas renales<sup>5</sup>.

Se consideran como factores de riesgo: el hábito de fumar, la obesidad, la hipertensión arterial y la exposición a metales pesados<sup>5,6</sup>.

Unas de las características de los tumores es la tendencia a provocar metástasis amplias, antes de producir signos y síntomas locales<sup>6</sup>.

Presentación del paciente:

Se trata de un paciente masculino de 17 años de edad, raza negra, con antecedentes de salud anterior, que acude a su área de salud por dolor lumbar y escalofríos, así como cansancio fácil; se le suministró tratamiento con ciprofloxacina, se decide ingresar en la sala de Urología. Se le realizan los siguientes exámenes complementarios:

Ultrasonido abdominal (US): Se observa riñón derecho aumentado de tamaño con moderada dilatación pielocalicial, y llama la atención que en la porción media del mismo existe imagen hipoecogénica de 35 por 23 mm, además, imagen hipoecogénica de 44 por 29 mm por debajo del páncreas y en íntimo contacto con la aorta abdominal, en relación con adenomegalias a este nivel, vejiga con escasa repleción y paredes gruesas, líquido libre hacia el fondo del saco; el resto de los órganos abdominales se hallaron normales (Figs 1-3).

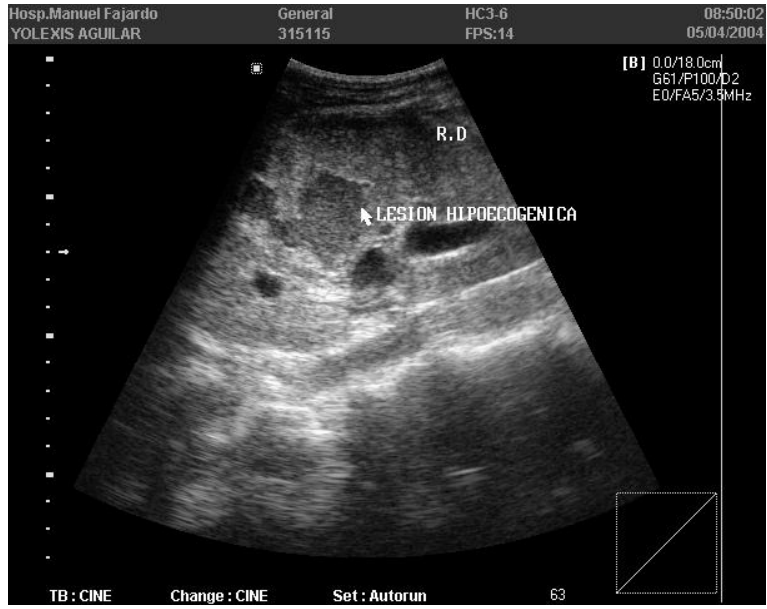


Fig 1 Corte sagital de riñón derecho con imagen hipocogénica en porción media del mismo.



Fig 2 Corte sagital de aorta abdominal con imagen hipocogénica por adenomegalia a este nivel.

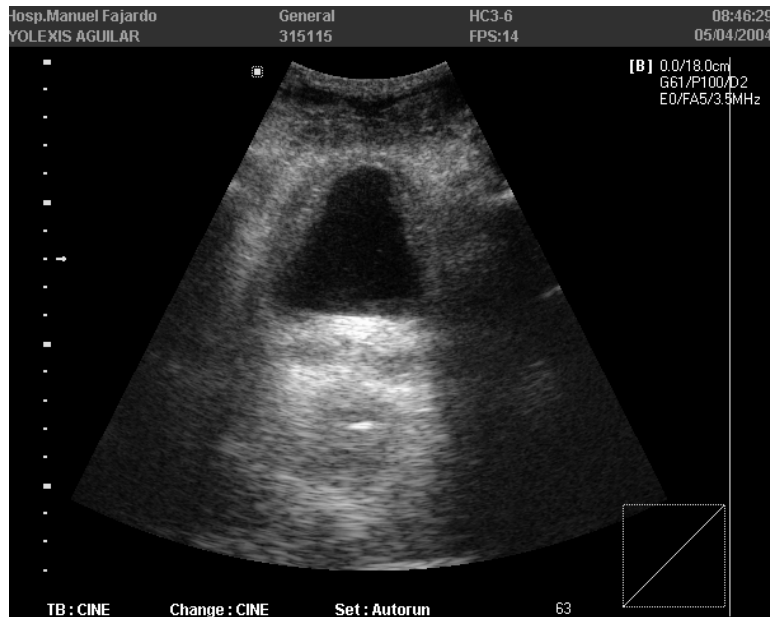


Fig: 3 Corte coronal de vejiga con paredes gruesas y escasa repleción.

Radiografía de tórax: imágenes de aspecto reticulonodulillar en ambos campos pulmonares, fundamentalmente hacia las bases.

Química sanguínea: Hemoglobina-12,5 g/l; leucograma: Leucocitosis con predominio de polimorfonucleares.

BAAR en orina: Negativo

Espujo BAAR: Codificación: 0

El paciente comienza a empeorar, por lo que se realizó un nuevo ultrasonido: Se agrega a lo descrito en el anterior, aumento de la ecogenicidad renal y pobre relación córtico-medular.

Se realizó biopsia aspirativa por aguja fina de adenomegalia, que fue positiva de células neoplásicas.

El paciente continúa empeorando el cuadro clínico, aparecen nódulos subcutáneos en parrilla costal y pared abdominal de 5 mm, por lo que se decide su traslado a terapia intensiva, donde presenta dificultad respiratoria y fallece.

El diagnóstico anatomopatológico fue: Carcinoma de células renales del riñón derecho, metástasis en ganglios periaórticos y peripancreáticos, riñón izquierdo, endocardio y pleura (Figs 4,5.).



Fig 4 Aspecto macroscópico de un corte de riñón, donde se observa tumor ulcerado en porción media del riñón derecho.

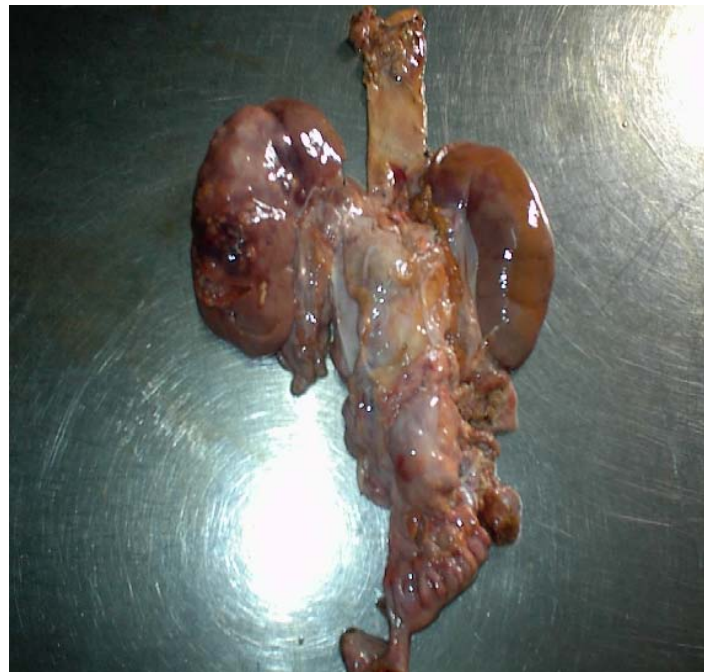


Fig 5 Examen macroscópico de riñón derecho, donde se observa aumento de tamaño y adenomegalias periaórticas.

#### Comentario

El carcinoma de células renales es más frecuente entre la sexta y séptima décadas de la vida<sup>5,6</sup>, lo que difiere de nuestro paciente, un adulto joven de 17 años; se observó como una masa hipocogénica de la porción media del riñón derecho, acompañado de dilatación pielocalicial y adenomegalia periaórtica, lo que coincide con lo informado por otros autores<sup>1,2,4,6</sup>.

### ***Referencias bibliográficas***

1. Kim H, Cho NH, Kim DS, Kwon YM, Kim EK, Rha SH, et al. Renal cell carcinoma in South Korea: a multicenter study. *Hum Pathol.* 2004;35(12):1556-63.
2. Bruder E, Passera O, Harms D, Leuschner I, Ladanyi M, Argani P, et al. Morphologic and molecular characterization of renal cell carcinoma in children and young adults. *Am J Surg Pathol.* 2004;28(9):1117-32.
3. Patard JJ, Leray E, Cindolo L, Ficarra V, Rodríguez A, De La Taille A, et al. Multi-institutional validation of a symptom based classification for renal cell carcinoma. *J Urol.* 2004;172(3):858-62.
4. Arguelles Salido E, Medina López RA, Congregado Ruiz CB, Cayuela Domínguez A, Pascual del Pobil Moreno JL. Analysis of renal neoplasms in adult patients under 40. *Acta Urol Esp.* 2004;28(5):335-40.
5. Cotran RS, Kumar V, Collins T. El riñón. En: *Robins patología estructural y funcional.* 6<sup>ta</sup>. ed. Madrid: Mc Graw-Hill; 2000. p. 971-1040.
6. Sauerbrei EE, Khanh NT, Robert NL The kidney. In: *Abdominal sonography.* New York: Raven Press; 1992. p. 170-2.