



Diagnóstico y Tratamiento Incidental de Carcinoma de Células Renales en un Receptor Previo al Trasplante de Riñón

Uzodimma Ejike Onwuasoanya^{1,*} , Olalekan Olayinka Olatise² , Martins C Igbokwe¹ ,
Adefola Richmond Adetunbi¹, David O Orji¹

1.Zenith Medical and Kidney Centre –
Urology Unit – Department of Surgery –
Abuja, Nigeria.

2.Zenith Medical and Kidney Centre –
Urology Unit – Department of Medicine –
Abuja, Nigeria.

 https://doi.org/10.53855/bjt.v25i4.480_ESP

Autor correspondiente:
ejike31@gmail.com

Editora de Sección:
Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin

Recibido:
Aug. 15, 2022.

Aprobado:
Oct. 14, 2022.

Conflicto de interés:
Nada a declarar.

Cómo Citar:
Onwuasoanya UE, Olatise OO, Igbokwe
MC, Adetunbi AR, Orji DO. Diagnóstico
y Tratamiento Incidental de Carcinoma de
Células Renales en un Receptor Previo al
Trasplante de Riñón. BJT. 2022.25(04):e0422.
https://doi.org/10.53855/bjt.v25i4.480_ESP

eISSN
2764-1589



RESUMEN

Introducción: El carcinoma de células renales (CCR) representa el 80-90% de todos los cánceres de riñón con una edad máxima de incidencia entre los 60-70 años. Los tres síntomas más comunes son hematuria, dolor en el costado y masa en el costado. La mejor opción de tratamiento para la enfermedad renal crónica es el trasplante renal. La enfermedad renal crónica es uno de los factores de riesgo del CCR. La mayoría de los casos se diagnostican después de un trasplante renal; el diagnóstico durante la preparación para el trasplante renal en un paciente asintomático es raro, especialmente en un entorno donde los pacientes difícilmente reciben cura para el cáncer de riñón porque la mayoría de los casos se diagnostican tarde, en la etapa avanzada de la enfermedad. **Presentación del caso:** Varón de 62 años en manejo por enfermedad renal crónica a quien se le diagnosticó tumor renal derecho durante estudio para trasplante renal. Se le realizó nefrectomía radical derecha con informe histológico que reveló CCR (variante de células claras) localizado. Actualmente está en observación durante 2 años antes del trasplante. **Conclusión:** El diagnóstico de CCR en un paciente asintomático durante el estudio para trasplante renal es raro. El pronóstico de esta enfermedad mejora significativamente si se diagnostica y trata antes del trasplante renal.

Descriptor: Carcinoma de Células Renales; Trasplante; Diagnóstico.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células renales (CCR) representa el 80-90 % de todos los cánceres de riñón. Los cánceres de riñón representan el 5 % de todos los cánceres en hombres y el 3 % en mujeres, con una incidencia máxima entre los 60 y los 70 años.^{1,2} El trasplante de riñón se considera ampliamente como la mejor opción de tratamiento para pacientes con insuficiencia renal. Comparado con permanecer en lista de espera en diálisis, el trasplante renal se asocia a una mejor supervivencia^{3,4} y calidad de vida^{5,6}, y supone un menor costo para la sociedad.⁷

Un estudio temprano de un solo centro en el que se realizó de forma rutinaria nefrectomía nativa ipsilateral en el momento del trasplante detectó CCR en el 4,2 % de los receptores de trasplante de riñón.⁸ La evaluación para excluir el cáncer durante la preparación para el trasplante de riñón se debe a dos razones principales: evitar agravar el pronóstico de cualquier cáncer con inmunosupresores y evitar el trasplante renal en pacientes con corta esperanza de vida ya que los órganos de donantes son recursos escasos.⁹ El CCR de células claras es el subtipo más común (75 a 85 %), seguido de los tipos papilar 1 y 11 (10 a 15 %), cromóforo y varios subtipos menos comunes.¹⁰ La enfermedad renal crónica de cualquier causa predispone únicamente al CCR a través de la acumulación de cambios degenerativos quísticos en los riñones nativos, y el CCR se desarrolla a partir de las paredes del quiste, como la enfermedad

renal quística adquirida que se informa en el 5 al 20 % de los pacientes que inician diálisis, y en pacientes cercanos a todos los pacientes después de 10 años de diálisis independientemente de la causa de la enfermedad renal crónica y la modalidad de diálisis.^{11,12}

Los principales síntomas del CCR son hematuria, dolor en el flanco y masa en el flanco.

Se usa radiología (tomografía computarizada o resonancia magnética) antes y después del contraste intravenoso para demostrar el realce de las masas renales que indica la presencia de un tumor sólido (frente a un quiste benigno), aunque diferenciar la malignidad del oncocitoma benigno o del angiomiolipoma libre de grasa puede requerir una biopsia.¹

Las opciones de tratamiento para el CCR incluyen cirugía, ablación, terapias dirigidas e inmunoterapia, con vigilancia activa como una opción para lesiones pequeñas de crecimiento lento en pacientes con alto riesgo quirúrgico.¹ Los pacientes ingresan en un período de observación de 2 años después del tratamiento para el CCR antes de ingresar a la lista de espera de trasplante renal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 62 años en tratamiento por enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía hipertensiva en hemodiálisis tres veces por semana. Ha estado en hemodiálisis durante 2 años antes de trabajar para el trasplante de riñón. Estaba siendo evaluado para un trasplante de riñón y la ecografía abdominopélvica previa al trasplante reveló una masa sólida en el polo inferior del riñón derecho. Posteriormente se realizó una resonancia magnética abdominopélvica que mostró una lesión hipo/isointensa T1/T2 sólida redonda de unos 3,7 × 4,4 cm en el polo inferior del riñón derecho (Fig. 1).



Figura 1. Resonancia magnética abdominopélvica que revela tumor renal derecho.

No había hematuria asociada, masa en flanco derecho, dolor en flanco ni síntomas extrarrenales. No había antecedentes personales o familiares de diagnóstico de cáncer en el pasado. El examen físico no reveló hallazgos positivos.

Fue asesorado y trabajado para nefrectomía radical derecha. Los hallazgos intraoperatorios fueron múltiples tumores distribuidos en el riñón derecho con el mayor tumor localizado en el polo inferior (Fig. 2). Tuvo una recuperación postoperatoria sin incidentes y posteriormente fue dado de alta.



Figura 2. Hallazgos intraoperatorios de múltiples tumores renales derechos.

El informe histopatológico reveló células tumorales compatibles con CCR (variante de células claras) sin diseminación extracapsular, afectación de vasos renales derechos y uréter. Posteriormente fue puesto en observación durante 2 años antes de entrar en lista de espera para trasplante renal.

DISCUSIÓN

El paciente índice tenía 62 años, edad que se encontraba dentro del rango de edad de incidencia máxima informado para los cánceres de riñón.^{1,2} Ha estado en el manejo de la enfermedad renal crónica, que es uno de los factores de riesgo informados para el desarrollo de CCR.^{11,12} El tumor renal se diagnosticó durante el estudio para el trasplante de riñón, y se ha informado que el diagnóstico incidental de CCR en pacientes en estudio para el trasplante de riñón es poco común, del 4,2 %.⁸ Tratarlo en esta etapa temprana es muy importante porque el paciente tiene posibilidades de curarse y el pronóstico no empeorará con el uso de medicamentos inmunosupresores después del trasplante. El diagnóstico de tumor renal se realizó mediante el uso de ecografía abdominopélvica y resonancia magnética de abdomen, que forman parte de las modalidades de imagen recomendadas para el diagnóstico de tumores renales. El diagnóstico diferencial de CCR a partir de estos hallazgos de imagen es el oncocitoma renal, el angiomiolipoma renal pobre en lípidos, el linfoma renal, el tumor fibroso solitario y el nefroma quístico multilocular. Los hallazgos intraoperatorios revelaron múltiples tumores en el riñón derecho, que no se seleccionaron de los estudios de imágenes. Los estudios seleccionaron solo el tumor del polo inferior, que era el tumor más grande del hallazgo intraoperatorio. Esto reveló que las modalidades estándar de imágenes no son cien por ciento precisas en el diagnóstico de tumores renales, ya que algunos aún pueden pasar desapercibidos.

El informe histológico después de la nefrectomía radical reveló CCR de células claras, que se informó como la variante histológica más común de CCR.¹⁰ El tumor no se diseminó más allá de la cápsula renal y no hubo compromiso de los vasos renales, por lo que la cirugía sola fue curativa para el paciente índice ya que el tumor renal aún estaba localizado.

El paciente fue puesto en observación durante 2 años antes del trasplante renal, de acuerdo con el período de observación recomendado de 2 a 5 años, para evitar agravar el riesgo de recurrencia temprana.¹³

Debido a la falta de pruebas directas, no se recomienda la selección general del cáncer en los receptores de un trasplante de riñón, pero debe adaptarse a cada paciente teniendo en cuenta el riesgo individual de cáncer y el pronóstico tras el tratamiento del cáncer.⁹ En el paciente índice, debido a la falta de antecedentes personales o familiares de cáncer y buen pronóstico después del tratamiento del cáncer de riñón ya que el cáncer no se ha diseminado más allá del riñón, no hay recomendación sobre la detección del cáncer posterior al trasplante y el seguimiento después del trasplante de riñón no será diferente a un paciente sin un diagnóstico de cáncer de riñón antes del trasplante de riñón.

CONSIDERACIONES FINALES

Los pacientes con enfermedad renal crónica tienen un mayor riesgo de desarrollar CCR. Si bien la aparición de CCR entre este grupo de pacientes es rara, pasar por alto el diagnóstico antes del trasplante renal puede empeorar el pronóstico del CCR.

Por lo tanto, es pertinente la detección detallada de cánceres renales antes del trasplante renal para evitar perder el diagnóstico cuando esté presente. El diagnóstico de CCR en esta etapa temprana no solo mejorará el pronóstico de esta enfermedad, sino que también ofrece al paciente la posibilidad de curarse de esta enfermedad.

APORTE DE LOS AUTORES

Aportes científicos e intelectuales sustantivos al estudio: Onwuasoanya UE; **Concepción y diseño:** Onwuasoanya UE; **Análisis de datos e interpretación:** Onwuasoanya UE, Olatise OO y Igbokwe MC; **Redacción del artículo:** Onwuasoanya UE, Adetunbi AR y Orji DO; **Revisión crítica:** Igbokwe MC y Olatise OO; **Aprobación final:** Onwuasoanya UE, Olatise OO, Igbokwe MC, Adetunbi AR y Orji DO.

DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS DE INVESTIGACIÓN

No aplicable.

CONSENTIMIENTO PARA LA PUBLICACIÓN

Se obtuvo un consentimiento por escrito de los pacientes para publicar imágenes y detalles clínicos.

FINANCIACIÓN

No aplicable.

RECONOCIMIENTOS

No aplicable.

REFERÊNCIAS

1. Ljungberg B, Albiges L, Bensalah K, Bex A, Giles R, Hora M, et al. Renal cell carcinoma. Arnhem: European Association of Urology Guidelines, 2020.
2. Escudier B, Porta C, Schmidinger M, Rioux-Leclercq N, Bex A, Khoo V, et al. Renal cell carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2019;30(5):706-20. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz056>
3. Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL, Ojo AO, Ettenger RE, Agodoa LY, et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. *N Engl J Med.* 1999;341(23):1725-30. <https://doi.org/10.1056/NEJM199912023412303>
4. Heldal K, Hartmann A, Grootendorst DC, de Jager DJ, Leivestad T, Foss A, Midtvedt K. Benefit of kidney transplantation beyond 70 years of age. *Nephrol Dial Transplant.* 2010;25(5):1680-7. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfp681>
5. Jofré R, López-Gómez JM, Moreno F, Sanz-Guajardo D, Valderrábano F. Changes in quality of life after renal transplantation. *Am J Kidney Dis.* 1998;32(1):93-100. <https://doi.org/10.1053/ajkd.1998.v32.pm9669429>
6. Liem YS, Bosch JL, Arends LR, Heijnenbroek-kal MH, Hunink MG. Quality of life assessed with the medical outcomes study short form 36-item health survey of patients on renal replacement therapy: a systematic review and meta-analysis. *Value Health.* 2007;10(5):390-7. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00193.x>
7. Kontodimopoulos N, Niakas D. An estimate of lifelong costs and QALYs in renal replacement therapy based on patients' life expectancy. *Health Policy.* 2008;86(1):85-96. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.10.002>
8. Denton MD, Magee CC, Ovuworie C, Mauiyedi S, Pascual M, Colvin RB, et al. Prevalence of renal cell carcinoma in patients with ESRD pre-transplantation: A pathologic analysis. *Kidney Int.* 2002;61(6):2201-9. <https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2002.00374.x>
9. Au E, Wong G, Chapman JR. Cancer in kidney transplant recipients. *Nat Rev Nephrol.* 2018;14(8):508-20. <https://doi.org/10.1038/s41581-018-0022-6>
10. Patard JJ, Leray E, Rioux-Leclercq N, Cindolo L, Ficarra V, Zisman A, et al. Prognostic value of histologic subtypes in renal cell carcinoma: a multicenter experience. *J Clin Oncol.* 2005;23(12):2763-71. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.07.055>
11. Bonsib SM. Renal cystic diseases and renal neoplasms: a mini-review. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009;4(12):1998-2007. <https://doi.org/10.2215/CJN.02020309>
12. Muhlfield AS, Boor P. Acquired cystic kidney disease and malignant neoplasms. In: Feehally J, Floege J, Johnson R, Tonelli M, editors. *Comprehensive clinical nephrology.* 6th ed. Elsevier, 2018. p.1022-1027
13. Batabyal P, Chapman JR, Wong G, Craig JC, Tong A. Clinical practice guidelines on wait-listing for kidney transplantation: consistent and equitable? *Transplantation.* 2012;94(7):703-13. <https://doi.org/10.1097/TP.0b013e3182637078>