

Carcinoma papilar multicéntrico en injerto renal

Bonel Argüelles-García¹, Álvaro Blanco-González¹, Ana Álvarez-Vázquez¹, Susana García-Melendreras²

¹ Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital General de Asturias. Oviedo

² Servicio de Nefrología. Hospital General de Asturias. Oviedo

Nefrología Sup Ext 2012;3(6):99-100

doi:10.3265/NefroPlus.pre2011.May.10808

El seguimiento mediante estudios de imagen ha permitido mejorar la detección de enfermedades específicas del injerto renal tanto de tipo vascular como infeccioso o tumoral.

Debido a que estos pacientes están sometidos a una fuerte terapia inmunosupresora, tienen una mayor probabilidad de desarrollar un tumor. Si bien la mayor parte de los tumores malignos que aparecen en los pacientes con trasplante renal ocurren en la piel, cerviz, sangre o hígado¹, en un pequeño porcentaje el propio injerto puede ser el asiento de una tumoración maligna.

Presentamos un caso mediante imágenes de un carcinoma papilar renal multicéntrico en un riñón trasplantado detectado mediante un estudio de seguimiento ecográfico rutinario, en un paciente de 29 años de edad, dos años después del trasplante (figuras 1, 2 y 3).

Dado que el patrón de crecimiento de los tumores que se desarrollan en el injerto renal es menos agresivo que en el riñón nativo², el tratamiento debe estar orientado a preservar la mayor parte de tejido renal posible³.

El período ventana desde que se realiza el trasplante hasta la aparición de una tumoración primaria del injerto puede variar de uno a veinte años, lo cual abre un interrogante sobre el tiempo de seguimiento de estos pacientes.

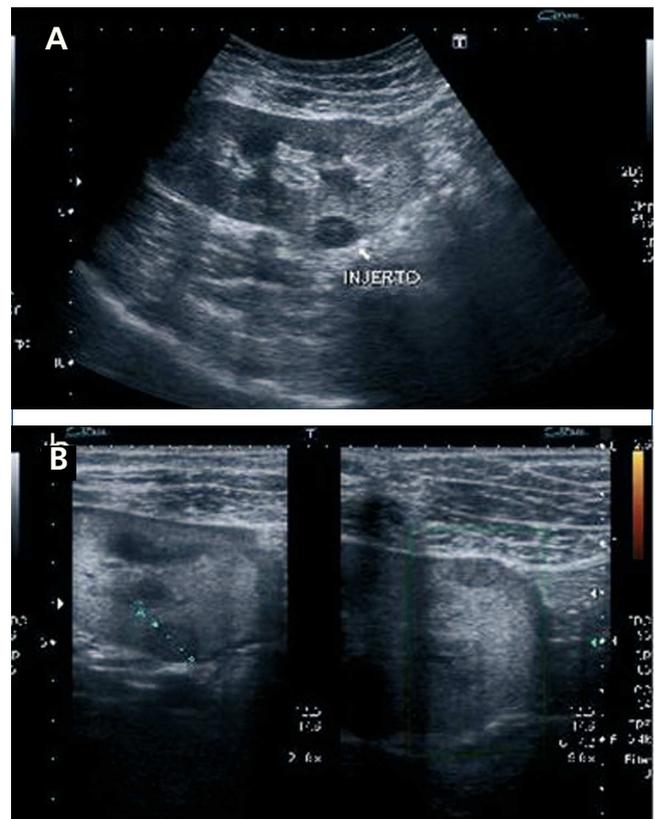


Figura 1. Ecografías.

A) Ecografía modo-B con sonda convexa de 3,5 MHz que demuestra la presencia de un nódulo hipocogénico situado en la cara posterior del polo inferior en el injerto renal. B) Ecografía con sonda lineal de alta resolución de 9 MHz que confirma la naturaleza sólida de la lesión, así como la presencia de otro nódulo en el espesor del parénquima que se sitúa en la cara más anterior. Debido a su pequeño tamaño, este tipo lesiones pueden pasar desapercibidas con una sonda convexa.

Correspondencia: Bonel Argüelles García

Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General de Asturias.

Muñoz Degrain 5, 5.º F. 33007 Oviedo.

bonel1980@yahoo.es

alvblanco82@hotmail.com

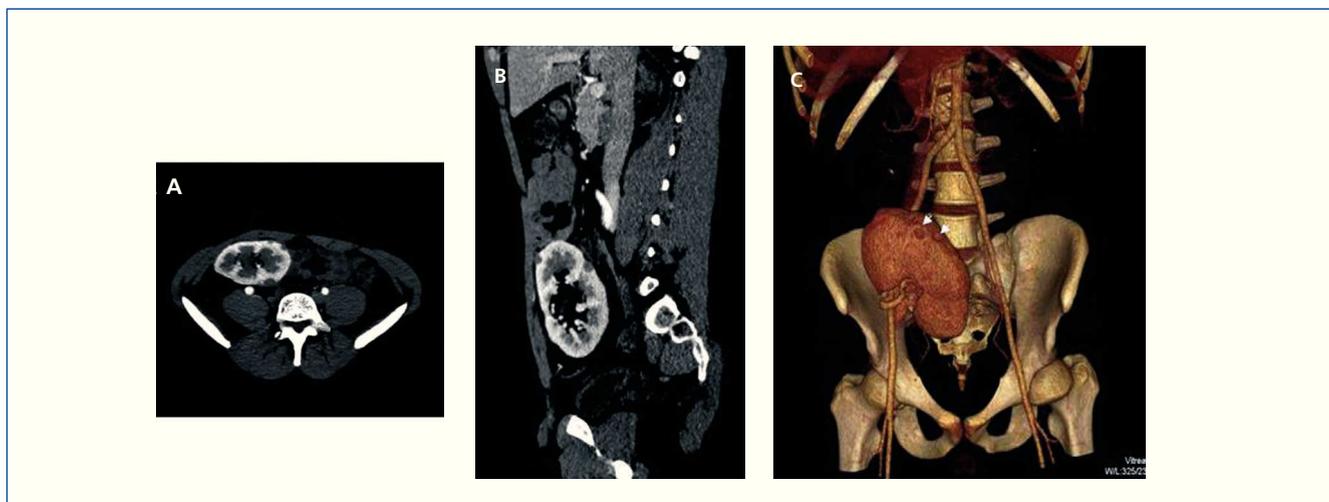


Figura 2. Imágenes obtenidas a partir de una tomografía computarizada helicoidal de 64 detectores.

A y B). Reconstrucciones multiplanares del injerto que permiten observar múltiples lesiones corticales hipodensas. No deben confundirse con formaciones quísticas, pues su densidad supera a la de un quiste simple. C) Reconstrucción 3D en la que se observan el injerto y sus anastomosis arteriales. Sobre la superficie del riñón trasplantado pueden diferenciarse dos defectos de «relleno» que corresponden con alguna de las lesiones hipodensas superficiales (cabeza de flechas). El estudio de extensión no mostró metástasis a distancia.



Figura 3. Trasplantectomía del injerto renal en sección longitudinal.

Trasplantectomía del injerto renal en sección longitudinal en la que se observan los múltiples nódulos nacarados a lo largo de la superficie de la corteza renal que se corresponden con varios focos de un carcinoma papilar multicéntrico tipo 1.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kyllönen L, Salmela K, Pukkala E. Cancer incidence in a kidney-transplanted population. *Transpl Int* 2000;13:S394-S398.
2. Kim JY, Ruckle HC, Ramin SA. Partial nephrectomy for renal cell carcinoma in an allograft kidney 15 years after transplantation. *J Urol* 2001;165(4):1205.
3. Schostak M, Heicappell R, Sauter T, Goessl C, Krause H, Hoyer J, et al. Renal cell carcinoma in a kidney transplant:allogeneic genome in the tumor justifies organ-preserving surgery. *Transplant Proc* 2002;34(6):2231-2.