

Tumor de Wilms con invasión de vena cava

Dres. Raúl Cepellini, Daniel Torres, César Arruti,
Juana M. Wettstein, Oscar Chavarría,
Dora Ravera de Bengochea, Luis Falconi y Eduardo Anavitarte

Se presenta un caso de trombosis neoplásica de la vena cava inferior, por nefroblastoma derecho en una niña de 2 años, que fue tratado por nefrectomía ensanchada, extracción del trombo, quimioterapia y radioterapia, con una buena evolución a los 22 meses de la nefrectomía.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Kidney Neoplasms.

INTRODUCCION

El nefroblastoma, o tumor de Wilms, ocupa el segundo lugar en frecuencia entre los tumores intrabdominales del niño, según Nogueira (5) e Innes Williams (9). Asimismo, como lo señalan Melicow y Uson (4), 50 % de los tumores abdominales quirúrgicos en el niño, son renales y 30 % de ellos, nefroblastomas.

Todos los autores están de acuerdo en que el examen complementario de mayor valor para confirmar el diagnóstico, es la urografía de excreción (2, 5, 9). Raramente puede verse la anulación funcional del órgano, lo que Nogueira (5), atribuye a la invasión masiva del órgano, así como también lo corrobora Innes Williams (9). Trabajos posteriores como los de Lalli y col., citados por Kelalis (2), indican la anulación funcional renal, también en los casos en que se produce la trombosis neoplásica de la vena renal, o inclusive de la vena cava.

DESCRIPCION DEL CASO

P.C. de 2 años de edad, sin antecedentes patológicos a destacar, con buen desarrollo neuropsíquico y pondoestatural. Peso y talla al nacer: 4,380 kg. y 52 cm., respectivamente.

Calmetizada, sin otras inmunizaciones, que consulta por tumoración abdominal comprobada en oportunidad de traumatismo abdominal leve 48 horas antes del ingreso.

Al examen: buen estado general.

Tumoración abdominal derecha irregular, de consistencia firme, con contacto lumbar que se extiende

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 19 de octubre de 1980.

Profesor Adjunto de Urología, Profesores Adjuntos y Agregado de Cirugía Infantil, Patólogo y Jefe de Servicio. M.S.P.

Dirección: Av. Brasil 2804, Montevideo (Dr. R. Cepellini).

Servicio de Cirugía Infantil (Prof. Agdo. E. Anavitarte). Hospital Pedro Visca. M.S.P.

desde el reborde costal hasta fosa iliaca derecha, rebasando por dentro la línea media.

Laboratorio: Leucocitosis de 12.000. Resto de los exámenes normales. Orina normal.

Radiología: Rx. de tórax: Refuerzo hilar bilateral, con acentuación de la trama de las zonas basales.

Rx. simple de aparato urinario y urografía de excreción: Urograma izquierdo normal. Anulación funcional derecha, en placas de hasta 1 hora.

Centellograma renal y centellograma del pool sanguíneo renal: Normal a izquierda. No se visualiza parénquima en la fosa lumbar derecha, donde no se observa vascularización.

Operación (28.11.78): Incisión transversa de hipocóndrio derecho. La exploración muestra que se trata



FIG. 1.—Urograma preoperatorio, donde se observa la anulación funcional renal derecha, y la pobre opacificación de las cavidades izquierdas.

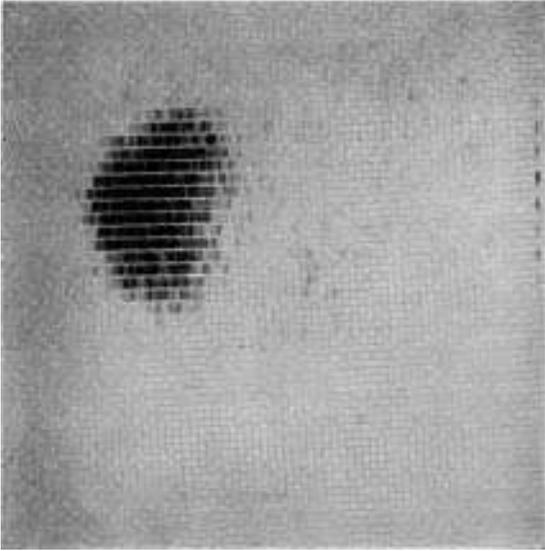


FIG. 2.—Centellograma renal convencional, mostrando la ausencia de parénquima en la fosa lumbar derecha (vista posterior).

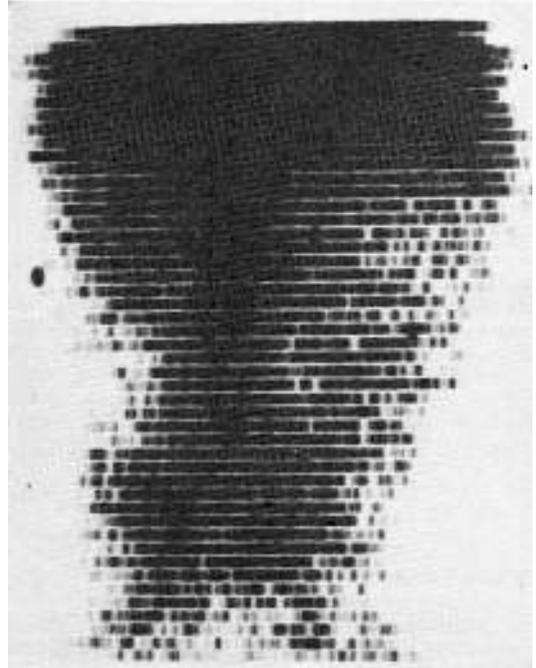


FIG. 3.—Centellograma del pool sanguíneo renal donde se ve la falta de vascularización en la fosa lumbar derecha.

de un nefroblastoma. No hay metástasis hepáticas. Se intenta ligadura primaria del pedículo renal, comprobando que el interior de la vena renal, está ocupado por un grueso trombo neoplásico, que progresa dentro de la vena cava unos 5 cm., bloqueando totalmente la luz de la misma.

Se incide la vena cava longitudinalmente, extrayendo en su totalidad el trombo neoplásico, con lo que se restablece la circulación de retorno. Se coloca en la cavotomía un clamp de Satinsky y se cierra la vena cava con sutura continua de Mersilene 4 ceros. Se completa la nefrectomía y se efectúa linfadenectomía de estadificación, a nivel del retroperitoneo.

Evolución inmediata satisfactoria. Se comienza quimioterapia antineoplásica con Oncovin y Cosmegen y se hace radioterapia del lecho tumoral.

Evolución alejada satisfactoria. Continúa con series secuenciales de quimioterapia y está clínica y radiológicamente libre de enfermedad 22 meses después de la nefrectomía.

Anatomía patológica. — Pieza de nefrectomía de 110 gr. de 9/6/4 cm. Tumor lobulado, blanco-amarillento, que compromete $\frac{3}{4}$ partes del riñón. Es circunscrito, contacta con la cápsula. Microscópicamente se examinan múltiples fragmentos.

Se observan fragmentos de riñón, con un tumor polimorfo, constituido por estructuras tubulares, con células cúbicas de citoplasma acidófilo, núcleos de cromatina densa, mitosis de relativa frecuencia. Estructuras pseudo-glomerulares entremezcladas con un estroma densamente celular, con células fusiformes y otras pequeñas de escaso citoplasma; los núcleos son de cromatina densa y las mitosis de relativa frecuencia. Hay focos de necrosis dispersos en el espesor del tumor. La disposición arquitectural es característica de un nefroblastoma maligno (Tumor de Wilms).

Aparte se recibe un trombo de 5/2, constituido por elementos tumorales similares a los del tumor primitivo, y además, ganglios linfáticos sin colonización metastásica tumoral.

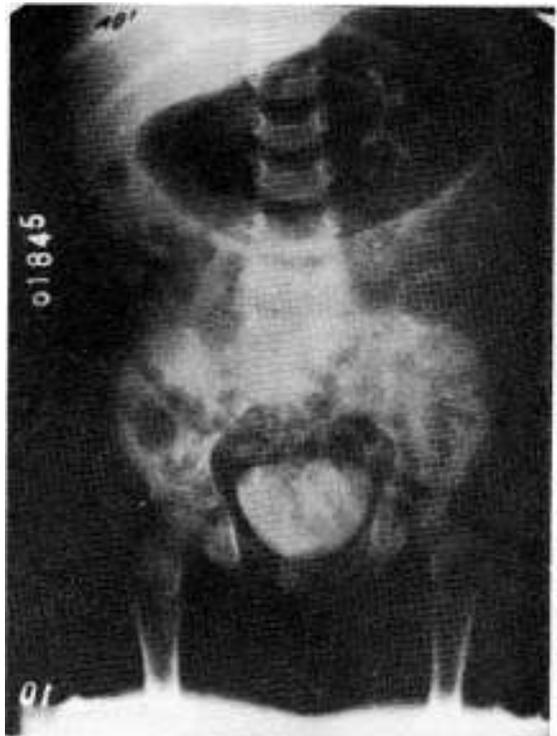


FIG. 4.—Urografía postoperatoria, donde se ve el urograma izquierdo normal.

DISCUSION

La invasión de la vena renal en el carcinoma y en el nefroblastoma, ocurren con frecuencia que va del 28 al 45 % según diversas estadísticas (1, 6). Mucho más rara es la propagación a la vena cava (9), lo que ensombrece el pronóstico, según diversos autores (3, 7, 9).

Pese a todo esto, presentamos un caso, en el cual se efectuó una nefrectomía ensanchada por un nefroblastoma con propagación a la vena cava, o sea un estadio II, con una buena evolución ulterior.

Remarcamos que Innes Williams (9) dice que en los casos en que se encuentra una masa tumoral que rellena vena renal, cava y a veces aurícula derecha, 40 % tienen evidencia de enfermedad a distancia en el momento de la consulta, y que el no reconocer un trombo neoplásico en la vena cava en forma intraoperatoria o el mal manejo del mismo, son probablemente la mayor causa de metástasis pulmonares que se ven dentro de los 6 meses de la nefrectomía.

RESUME

Nephroblastome droite avec envahissement de la veine cave

Un cas d'envahissement par un bourgeon neoplasi- que de la veine cave inferieure dans une petite fille de 2 ans, atteinte d'un nephroblastome droite est rapporté. Elle fut traité par nefrectomie élargie avec cavotomie et exérèse du bourgeon veineux. On fait complémentation avec chimiotérapie et radiotérapie. Evolution posterieure avec 22 mois de guérison.

SUMMARY

Willms' Tumor Propagated to the Inferior Vena Cava

A 2-years old girl with a large nephroblastoma of the righth kidney with involvement of the inferior vena cava.

Radical Excision including cavotomy, and associated chemotherapy and radiotherapy resulted in a 22 months postoperative disease-free survival.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANSELM G, SUAREZ JA, MACHADO I, MOLEIRO F and BLANCO P. Wilms' tumor, propagated through the inferior vena cava into the righth heart cavities. *Br Heart J*, 32: 575, 1970.
2. KELALIS PP and KING LR. *Clinical Pediatric Urology*. Filadelfia. Saunders, 1977.
3. MCDONALD JR and PRIESTLEY JT. Malignant tumors of the kidney; surgical and prognostic significance of tumor thrombosis of the renal vein. *Surg Gynecol Obstet*, 77: 295, 1943.
4. MELICOW MM and USON AC. *J Urol* (Baltimore), 81: 705, 1959.
5. NOGUEIRA A, HUGHES FA y SCHENONE H. *Urología Práctica*. Buenos Aires. Intermédica, 1971, p. 489.
6. RICHES EW, GRIFFITHS IH and THACKRAY AC. New growths of the kidney and ureter. *Br J Urol*, 23: 297, 1951.
7. VAUGHAN DE Jr, CROSBY IK and TEGTMEYER CJ. Nephroblastoma with righth atrial extension: Preoperative diagnosis and management. *J Urol*, 117: 530, 1977.
8. WILLIAMS I. *Pediatric Urology*. London. Butterworths, 1968.
9. WILLIAMS I. *Nefrourología Pediátrica*. Buenos Aires. Panamericana, 1976.