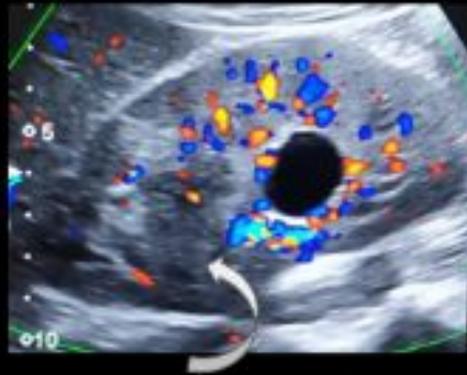


TUMOR RENAL DE CÉLULAS CLARAS, GRADOS DE ESTADIFICACIÓN

Flury, María Lucía; Vita Ziskevich, Agostina
Bariloche, Río Negro, Argentina
Contacto: luciaflury@hotmail.com
Los autores no declaran conflicto de interés

PRESENTACIÓN DE CASOS.HALLAZGOS

Se diagnosticaron más de diez casos de tumores malignos renales en diferentes **estadios de evolución.**



ESTADIO I



Tumor exofítico menor a 7 cm limitado a riñón.

CARACTERIZAR
LESIÓN. GOLD
STANDARD



TOMOGRAFÍA CON CONTRASTE

ESTADIO II



Tumor exofítico más de 7 cm limitado a riñón.

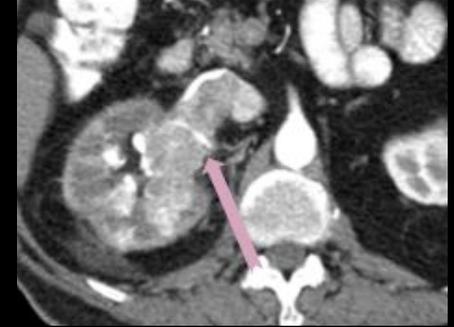
ESTADIO III



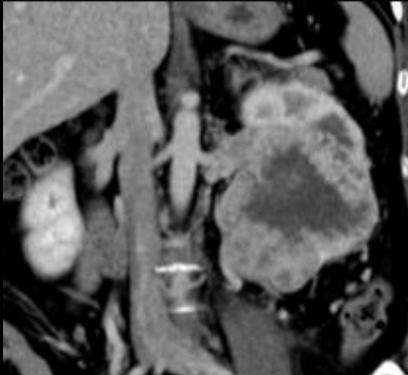
Tumor afectando glándula adrenal homolateral.

T3a nódulo hipercaptante en el espacio perirrenal , trabeculación de la grasa perirrenal.

T3b Invasión de la vena renal exclusivamente



ESTADIO IV



Tumor que sobrepasa la fascia de Gerota.



Tumor que se extiende a interior de VCI.

DISCUSIÓN

- El tumor renal representa el **2 a 6% de todos los cánceres**.
- Es la 8va neoplasia maligna más frecuente, siendo el subtipo de células claras el predominante.

TRIADA CLÍNICA (<15%)

DOLOR EN FLANCO DERECHO

HEMATURIA

MASA RENAL
PALPABLE

ETIOLOGÍA

Genéticas

- Esclerosis tuberosa
- Von Hippel Lindau
- Sme de Birt Hogg Dubé
- CCR papilar hereditario

Ambientales

- Tabaquismo
- Obesidad
- Hipertensión
- Enfermedad quística adquirida por diálisis crónica
- Exposición a benceno, cadmio o amianto.

Método de estudio
TOMOGRAFÍA



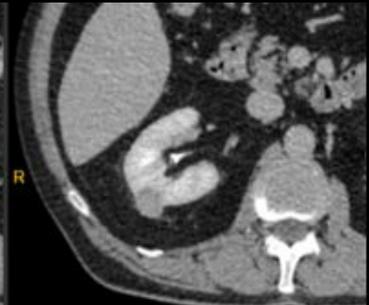
BASAL



CORTICO MEDULAR



NEFROGRÁFICA



EXCRETORA

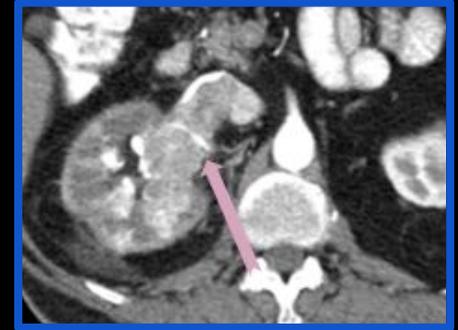
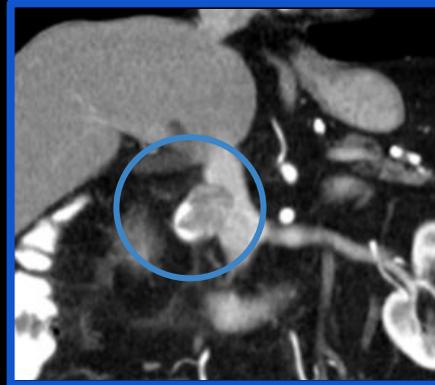
Lesión renal captante: aumento de 20 UH respecto a basal
Indeterminada: aumento de 10-19 UH.
No captante: menores de 10 UH.

ESTADIFICACIÓN

Estadio I	1a tumor menor de 4cm 1b mayor de 4 cm
Estadio II	> 7cm limitado al riñón
Estadio III	Tumor afectando venas mayores o glándula adrenal por dentro de la fascia de Gerota o un ganglio regional afectado. IIIa o IIIb
Estadio IV	Sobrepasa fascia de Gerota

Signos de extensión venosa tumoral

- Defecto de repleción de baja atenuación dentro de la vena que realza con contraste de forma heterogénea.
- Cambio de calibre de la vena.
- Continuidad directa del tumor con el trombo.



Metástasis

Pulmón 75%
Tejido blando 25%
Hueso 20% (lítico)
Hígado 20% (hipervascular).
Glándula adrenal 19%
SNC 8%

El 25-40% de los pacientes consultan inicialmente con enfermedad metastásica.



CONCLUSIÓN

- ❖ El 80% de los tumores renales se diagnostican de forma incidental por ecografía.
- ❖ La Tomografía computada con contraste es el método de elección para caracterización y estadificación.
- ❖ La extensión anatómica del tumor en el momento del diagnóstico es el factor aislado más importante para determinar el pronóstico, ya que la exéresis quirúrgica completa es el único tratamiento curativo.
- ❖ Mayor detección de lesiones pequeñas e incidentales lleva a tratamiento precoz y menos invasivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Shaaban. Diagnóstico por imagen.Oncología. Carcinoma renal. Carcinoma de pelvis renal y del uréter. Marban. Pág. 596-645.Módulo 5, 16-63.
- Aguilar Sanchez, otros. (2010) TCMD y RM en la caracterización y estadificación del carcinoma de células renales. Correlación radiopatológica.SERAM.
http://seram2010.seram.es/modules.php?name=posters&file=viewpaper&idpaper=2163&idsection=2&in_window=&forpubli=&viewAuthor=
- Rodriguez clara. (2022). Estudio radiológico del cáncer renal. SERAM. <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/141>