

RECIDIVA TARDÍA DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

Alona Thomas Martínez, Ignacio Andrés Iztueta Saavedra, Javier Míguez González, Rafael Oliveira Caiafa,
Laura Pelegrí Martínez, Pilar Lozano Arranz, Ingrid Carolina Durán Palacios, Jordi Català Forteza.

Complejo Hospitalario Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona.

OBJETIVO DOCENTE:

- Describir los lugares comunes e inusuales de recidiva de carcinoma de células renales.
 - Analizar su comportamiento por tomografía computerizada.
 - Revisar los protocolos de imagen.
-

REVISIÓN DEL TEMA:

- El carcinoma de células renales (CCR) representa el 5% de los casos de cáncer en adultos y es la segunda neoplasia urológica más común. El CCR de células claras es el subtipo más común y presenta el mayor riesgo de desarrollar enfermedad metastásica.
 - El 18% de los pacientes presentan metástasis al momento del diagnóstico y hasta un 20-40% desarrollará recurrencia, la mayoría dentro de los 2-4 años posteriores a la nefrectomía. El CCR generalmente metastatiza en pulmón, hueso, ganglios linfáticos, hígado, glándulas suprarrenales y cerebro, aunque prácticamente cualquier órgano puede verse afectado.
 - Las metástasis a distancia o la recurrencia local después de un intervalo libre de enfermedad de > 5 años es una característica conocida del CCR, observada en el 11% de los pacientes que sobreviven 10 años o más después de la cirugía. Pulmón, páncreas, músculo esquelético e intestino son los sitios más frecuentes de metástasis tardías. También se observan metástasis en sitios inusuales.
-

REVISIÓN DEL TEMA:

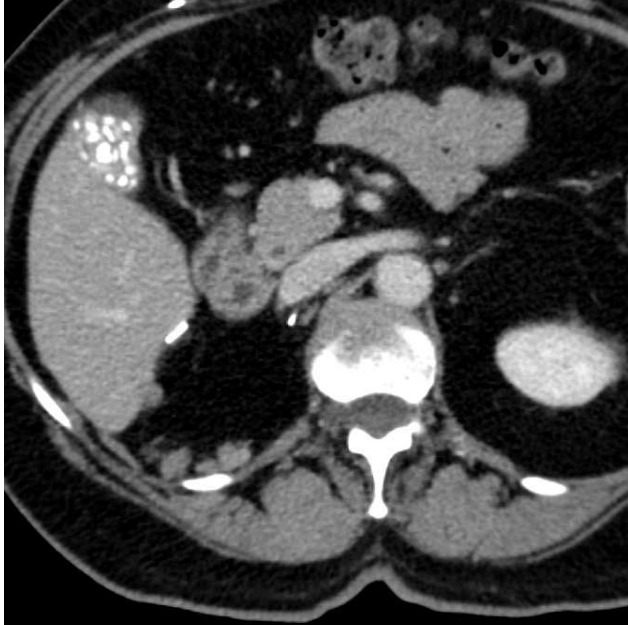
- Cuanto menor sea el estadio tumoral, menor será la tasa de recurrencia y mayor el tiempo transcurrido entre el tratamiento inicial y la recurrencia.
 - Los pacientes con recurrencia tardía presentan características patológicas favorables: estadio pT más bajo, menor grado nuclear de Fuhrman, menos necrosis tumoral y menor diferenciación sarcomatoide e invasión linfovascular.
 - Tienden a presentar menos síntomas al momento de la presentación del tumor cortical renal, son tumores más pequeños y tienen una enfermedad menos agresiva.
-

REVISIÓN DEL TEMA:

- La TC es la herramienta de imagen más utilizada para la vigilancia de la recurrencia del carcinoma de células renales.
 - No existe consenso sobre las estrategias de seguimiento tras el tratamiento y la evidencia limitada sugiere que la frecuencia de las imágenes postoperatorias no mejora la detección temprana de la recurrencia.
 - Según la Asociación Europea de Urología (EAU), el protocolo debe incluir una TC de tórax y abdomen, como se indica a continuación:
 - En tumores de bajo riesgo: 6 m, 18 m, 30 m y, posteriormente, cada 2 años.
 - En tumores de alto riesgo: 3 m, 6 m, 12 m, 18 m, 24 m, 36 m, 4 años, 5 años y, posteriormente, cada 2 años.
-

REVISIÓN DEL TEMA:

- La apariencia de la recurrencia del carcinoma de células renales imita al tumor primario en la TC.
 - Las metástasis del CCR de células claras son altamente vasculares y se visualizan mejor en la fase arterial.
 - Las metástasis hipovasculares se detectan mejor durante la fase nefrográfica.
 - El protocolo de TC debe incluir una exploración multifásica tras la inyección de contraste yodado, con imágenes tanto en fase arterial (25-30 s) como en fase venosa (60 s).
 - Nuestro protocolo incluye una fase arterial desde ápices pulmonares hasta incluir los riñones, seguida de una fase venosa que incluye el abdomen y la pelvis.
-



2021



2019



2015

TC de seguimiento donde se observa el crecimiento progresivo de nódulos en el lecho quirúrgico de una nefrectomía derecha 8 años antes por un carcinoma de células renales cromóforo (Fuhrman 3, pT1b). Ver TC inicial (*).





La TC muestra nódulos hipervasculares en el proceso uncinado pancreático, junto al segmento VI hepático y la VCI.
El paciente se sometió a una nefrectomía radical derecha 7 años antes por un carcinoma de células renales (Fuhrman 2). Véase la TC inicial. (*)





Masa suprarrenal derecha y nódulo en el lóbulo inferior pulmonar izquierdo en un paciente con nefrectomía radical izquierda 10 años antes.



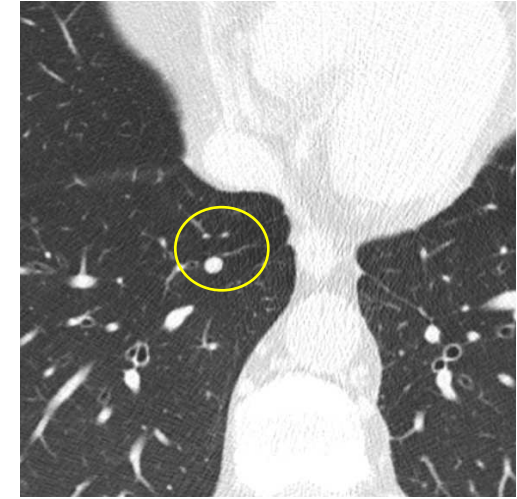
2014



2020

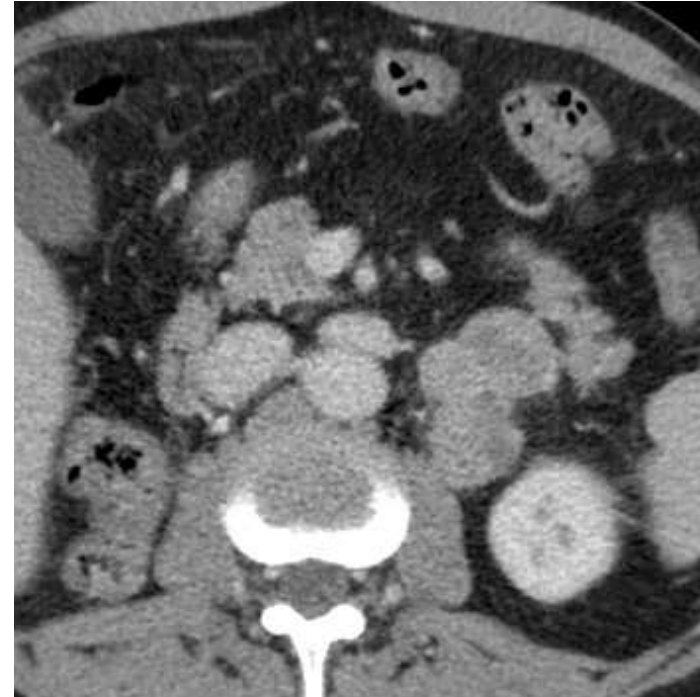


2023



2023

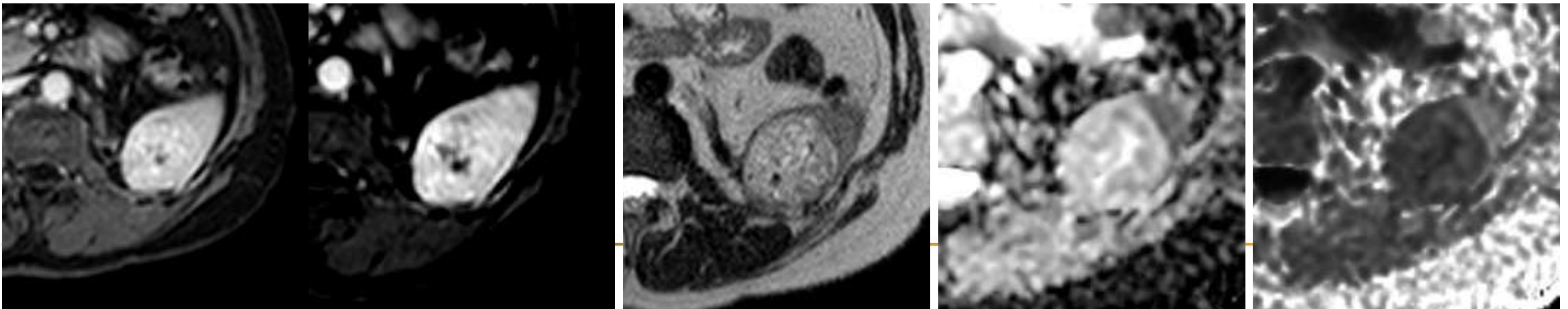
Crecimiento progresivo de un nódulo suprarrenal derecho (inicialmente diagnosticado como hiperplasia suprarrenal) y nueva lesión en el lóbulo pulmonar inferior derecho. El paciente fue sometido a cirugía 10 años antes (nefrectomía izquierda, adrenalectomía y esplenectomía). La cirugía confirmó la presencia de metástasis.

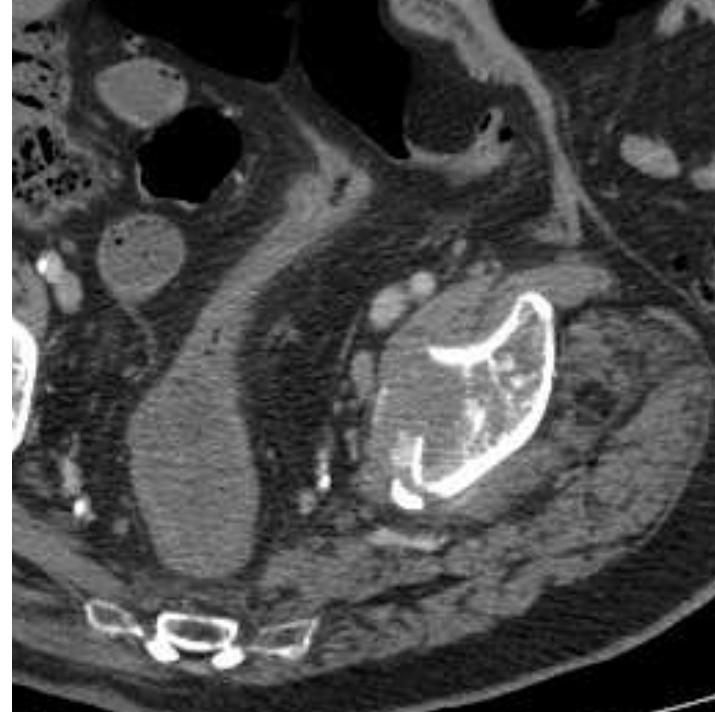
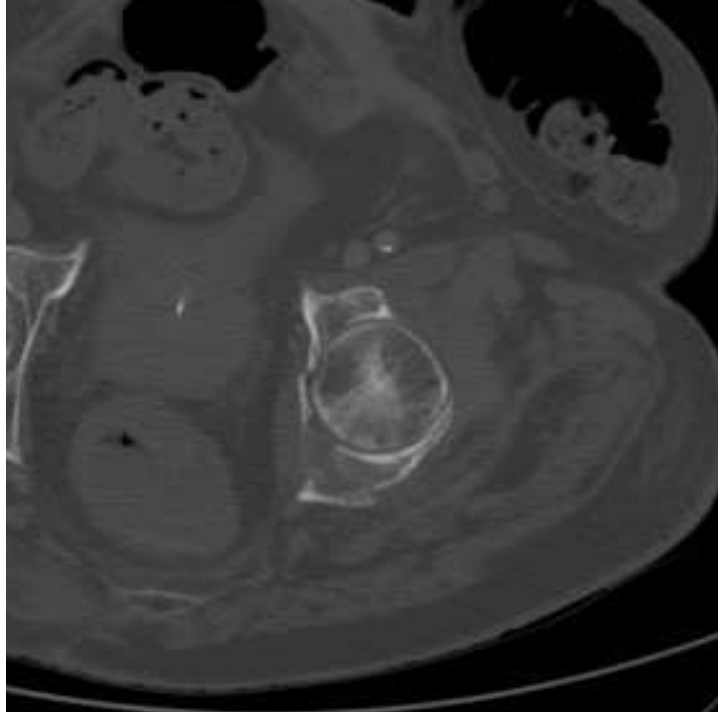


Masa sólida pulmonar en el lóbulo inferior izquierdo y masa suprarrenal izquierda en un paciente con nefrectomía radical derecha 13 años antes (CCR de células claras pT1b). Ambas lesiones se confirmaron como metástasis de CCR tras la biopsia.

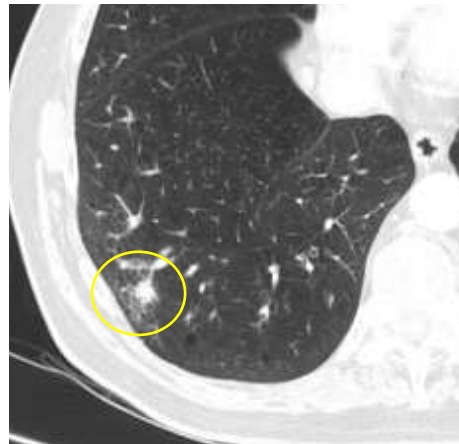
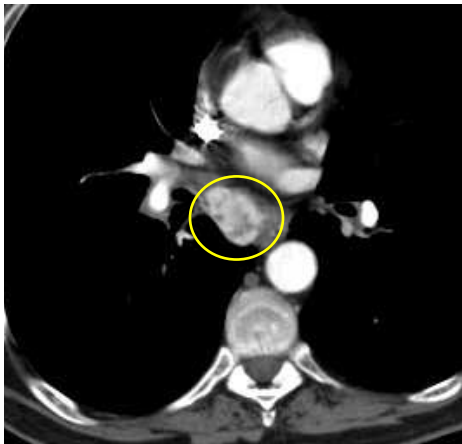
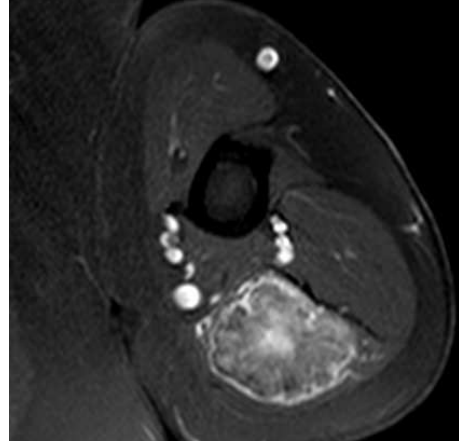


La TC muestra una lesión heterogénea e hipervascular en el bazo.
La RMN mostró una lesión sólida con hipointensidad central, aumento de la captación de contraste y restricción de la difusión, similar a la del carcinoma renal de células claras.
La esplenectomía mostró metástasis de CCR.
El paciente se había sometido a una nefrectomía 6 años antes por un carcinoma renal de células claras de bajo riesgo. Ver TC inicial (*).





La TC muestra una fractura del acetábulo izquierdo que se extiende al ilíaco.
El paciente se había sometido a una nefrectomía radical 10 años antes por un carcinoma renal de células claras. Se confirmó la metástasis.



La resonancia magnética del brazo muestra una masa hipervascular intramuscular. La tomografía computarizada del tórax muestra una adenopatía mediastínica hipervascular y nódulos pulmonares hipervasculares (círculos amarillos). El paciente se sometió a una nefrectomía radical 5 años antes por un carcinoma renal de células claras (Fuhrman 1, pT1a). Ver TC inicial (*).



Metástasis locorregionales y a distancia (lesión sólida en el lecho quirúrgico entre el psoas derecho y la VCI, masa omental y metástasis hepáticas), 5 años después de una nefrectomía radical derecha por un carcinoma papilar de células renales.

CONCLUSIONES:

- La aparición tardía de metástasis o de recurrencia local tras más de 5 años libre de enfermedad es un comportamiento conocido del carcinoma de células renales.
- La recidiva metastásica tardía debe considerarse en pacientes con antecedentes de CCR que presenten lesiones de nueva aparición.
- Es fundamental para el radiólogo conocer los lugares de recurrencia del carcinoma de células renales para detectarla de forma precoz.
- Un protocolo de TC adecuado que incluya una fase arterial ayuda en el diagnóstico, evitando biopsias innecesarias y limitando los retrasos en el tratamiento.
- Un diagnóstico preciso es importante porque algunas recurrencias aisladas pueden curarse con escisión quirúrgica.

REFERENCIAS:

- MDCT imaging following nephrectomy for renal cell carcinoma: Protocol optimization and patterns of tumor recurrence Stephanie F. Coquia et al. WJR. November 28, 2013. Volume 5. Issue 11.
- Very late relapse metastatic renal cell carcinoma: Characteristics and outcomes of patients with a disease-free Interval of greater than 10 years. John Ross Kucharczyk et al. Journal of Clinical Oncology.
- Patterns of Recurrence in Renal Cell Carcinoma: Manifestations on Helical CT. John C. Scatarige et al. AJR:177, September 2001.
- Metastatic Renal Cell Carcinoma: Radiologic Findings and Assessment of Response to Targeted Antiangiogenic Therapy by Using Multidetector CT. Blanca Paño Brufau et al. Radiographics 2013; 33:1691-1716.