

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/266022037>

Embolización guiada por catéter previa resección exitosa de carcinoma de células renales gigante invadiendo la aurícula derecha -Catheterization embolization before successful surg...

Article · January 2013

CITATIONS

0

READS

68

4 authors, including:



Risshi Rampersad

Caribbean Heart Care Medcorp

24 PUBLICATIONS 6 CITATIONS

SEE PROFILE



Vijay Naraynsingh

Medical Associates

337 PUBLICATIONS 1,730 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Reconstructive surgery [View project](#)



Non antibiotic management of acute uncomplicated diverticulitis [View project](#)

Embolización guiada por catéter previa resección exitosa de carcinoma de células renales gigante invadiendo la aurícula derecha

Catheterization embolization before successful surgical resection of a gigantic renal cell carcinoma invading the right atrium

Drs. Risshi D. Rampersad¹ BSc, MB, BS, Anand Rampersad² MBCh.B, FRCS, Natasha Rahaman³ BA, MBBCh.BAO(Hons) MRCS(Ed) FRCS(CTh), William M. Torres⁴ MTSVC, MTSOVECI, FSOLACI, Prof. Vijay Naraynsingh⁵ CMT. B.Sc, MB.,BS. FRCS(Ed.), FRCS(Eng), FICA., FICS

¹Cardiólogo, Fellow de Cardiología Intervencionista- Director de Cardiología. Caribbean Heart Care Medcorp. Trinidad and Tobago. ²Cirujano cardiovascular. Caribbean Heart Care Medcorp. Trinidad and Tobago. ³Cirujano cardiorácica. Caribbean Heart Care Medcorp. Trinidad and Tobago. ⁴Cardiólogo Intervencionista-Jefe de Servicio de Hemodinamia, Ascardio-Barquisimeto-RB de Venezuela. ⁵Profesor de Cirugía de la Universidad de West Indies

Sumario: Reportamos el caso de una femenina de 34 años quien presentó un carcinoma de células renales gigante con extensión directa a la auricular derecha. Luego de embolización guiada por catéter, el tumor fue extraído después de 48 horas bajo circulación extracorpórea por los equipos de cirugía cardiorácica y urología.

Reporte de caso

Una femenina de 34 años acudió por presentar distensión abdominal de 2 meses de evolución,

hematuria intermitente no dolorosa en los últimos 5 meses sin pérdida de peso asociada. Fue evaluada por el departamento de urología y en la tomografía computarizada (TC) de abdomen se encontró una gran masa que se extendía desde el riñón izquierdo hacia la vena cava inferior y hasta la aurícula derecha (Figura 1).

El ecocardiograma transesofágico mostró una masa móvil, oscilante, sin pedículo en la aurícula derecha extendiéndose hacia la vena cava inferior. Una biopsia renal reveló un carcinoma de células renales en estadio III.

La paciente fue referida al departamento de cardiología intervencionista del Caribbean Heart Care Medcorp donde el tumor fue embolizado 48 horas antes de la resección quirúrgica electiva para disminuir el tamaño del tumor y su riesgo de sangrado.

Un equipo quirúrgico conjunto de cirugía cardiovascular y urología llevó a cabo una resección abierta bajo circulación extracorpórea vía esternotomía media y extensión abdominal

CORRESPONDENCIA

Dr. Risshi Rampersad
St. Clair Medical Center, 18 Elizabeth Street, St Clair, Port of Spain, Trinidad.
Tel: +868-628-6674 / +868-731-3699
Email: rrampersad@hotmail.com

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores no declaran conflicto de interés.

Recibido en: febrero 13, 2013
Aceptado: abril 30, 2013

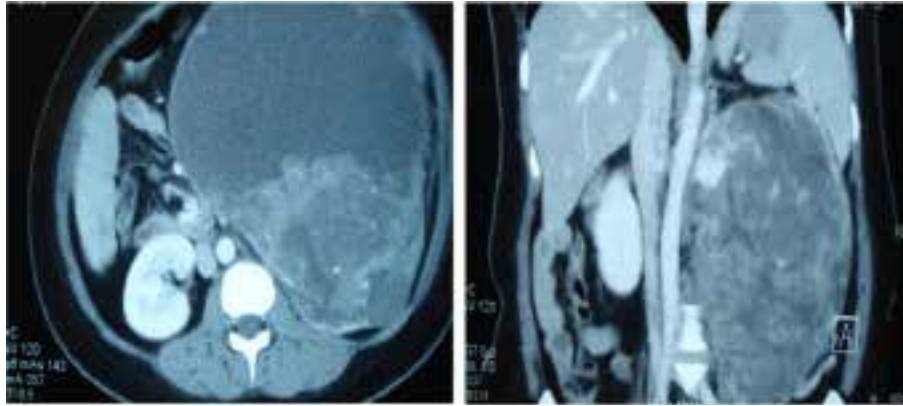


Figura 1. Tomografía axial computarizada de una gran masa heterogénea 20 cm x 18 cm originándose desde el riñón izquierdo consistente con una lesión neoplásica. El páncreas y el bazo se encuentran desplazados por la lesión. Se aprecia extensión a la vena cava inferior y a la aurícula derecha.

removiendo así la extensión del tumor en la vena cava inferior y aurícula derecha y adicionalmente realizando nefrectomía izquierda más flebotomía longitudinal del tumor.

Una gran masa ovoide de 8x6 pulgadas (20 cm x 15 cm) fue removida (Figura 2).

No se presentaron complicaciones pos-operatorias. El reporte de histología confirmó un carcinoma de células renales Estadio III. La

paciente falleció un año luego de la cirugía por complicaciones metastásicas del cáncer.

Introducción: La extensión directa de un carcinoma de células renales al corazón es un hallazgo inusual. Este es el primer caso de su tipo reportado en el Caribe angloparlante de la combinación de embolización guiada por catéter pre quirúrgica seguida de extracción quirúrgica del tumor bajo circulación extracorpórea.

DISCUSIÓN

La afectación de la vena cava inferior por un carcinoma de células renales puede ocurrir en un 4 %-10 % de los casos y su extensión a la aurícula derecha es posible pero rara ⁽¹⁾. Otra literatura reporta 5 %-15 % de extensión a venas renales y vena cava e invasión auricular derecha de 1 % ^(2,3). Bradley and Boiling describen que del 10 %-15 % de los carcinomas de células renales que se extienden a la vena cava inferior, un 10 % a 40 % alcanzan la aurícula derecha. Otra forma de ocupación cardíaca del carcinoma de células renales es mediante diseminación metastásicas, lo que normalmente está asociado a enfermedad avanzada y alta mortalidad ⁽⁴⁾. Solo ha existido un caso reportado con este tipo de extensión directa



Figura 2. Tumor voluminoso resecado de 8 x 6 pulgadas (20 cm x 15 cm). La histología confirmó un carcinoma de células renales.

(4,5). La extensión del trombo tumoral a la vena cava inferior ocurre con mayor frecuencia con el carcinoma de células renales derecho que con el izquierdo (6). En este caso hubo extensión directa de un tumor desde el lado izquierdo.

Los tumores que comúnmente afectan o metastizan hacia el corazón son el cáncer de pulmón, estómago, mama y esófago como también el melanoma maligno y el linfoma (7). Las metástasis al corazón son mucho más comunes que los tumores cardíacos primarios y están generalmente asociados a un pronóstico pobre (8). Los sitios predominantes de siembra del carcinoma de células renales son el pulmón (50 %-55 %), hueso (49 %), piel (11 %), hígado (8 %) y el cerebro (3 %) (9,10).

La resección quirúrgica puede jugar un rol importante en la paliación de la enfermedad metastásica aislada. En la actualidad, la combinación de terapia que incluye cirugía y quimioterapia ofrece la mejor posibilidad de paliación y cura (11).

Este es el primer caso de su tipo reportado en el Caribe angloparlante, en el que existió un abordaje en equipo para la resección intraabdominal del carcinoma de células renales y del tumor intracardíaco vía embolización guiada por catéter, seguida de resección quirúrgica urológica y cardíaca con circulación extracorpórea. La interacción con todos los equipos permitió una resección quirúrgica exitosa y libre de complicaciones. La pre-embolización de carcinomas de células grandes voluminosos constituye una estrategia segura.

REFERENCIAS

1. Kearney GP, Waters WB, Klein LA, Richie JP, Gittes RF. Results of inferior vena cava resection for renal cell carcinoma. *J Urol*. 1981;125:769-773.
2. Atik FA, Navia JL, Krishnamurthi V, Singh G, Shiota T, Pitas G, et al. Solitary massive right ventricular metastasis of renal cell carcinoma without inferior vena cava or right atrium involvement. *J Card Surg*. 2006;21:304-306.
3. Hunsaker RP, Stone JR. Images in clinical medicine. Renal-cell carcinoma extending into the vena cava and right side of the heart. *N Engl J Med*. 2001;345:1676.
4. Bradley SM, Bolling SF. Late renal cell carcinoma metastasis to the left ventricular outflow tract. *Ann Thorac Surg*. 1995;60:204-206.
5. Lee HJ, Park JI, Lim BH, Seo JW, Kang EM, Lee BU, et al. Left ventricular metastasis from renal cell carcinoma causing left ventricular outflow tract obstruction. *Korean Circ J*. 2010;40:410-413.
6. Oto A, Herts BR, Remer EM, Novick AC. Inferior vena cava tumor thrombus in renal cell carcinoma: Staging by MR imaging and impact on surgical treatment. *AJR Am J Roentgenol*. 1998;171:1619-1624.
7. Neragi-Miandoab S, Kim J, Vlahakes GJ. Malignant tumours of the heart: A review of tumour type, diagnosis and therapy. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2007;19:748-756.
8. Lam KY, Dickens P, Chan AC. Tumors of the heart. A 20-year experience with a review of 12 485 consecutive autopsies. *Arch Pathol Lab Med*. 1993;117:1027-1031.
9. Tolia BM, Whitmore WF Jr. Solitary metastasis from renal cell carcinoma. *J Urol*. 1975;114:836-838.
10. Latour A, Shulman HS. Thoracic manifestations of renal cell carcinoma. *Radiology*. 1976;121:43-48.
11. Aburto J, Bruckner BA, Blackmon SH, Beyer EA, Reardon MJ. Renal cell carcinoma, metastatic to the left ventricle. *Tex Heart Inst J*. 2009;36:48-49.