

Citar como:

Zegarra-Montes LR, Garrido ME, Medina JL, Valdez A, Benites EM, Valdés-Gómez JJ. Recurrencia de carcinoma de células renales: reporte de caso. Rev Méd Hered. 2026;37(1): 34-39. DOI: 10.20453/rmh.v37i1.6463

Recibido: 28/04/2025
Aceptado: 04/09/2025

Financiamiento:

Financiado por los autores.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses que afecten la idoneidad de este reporte.

Contribución de autoría:

LRZM: concepción y diseño del estudio, análisis e interpretación de los resultados, redacción del artículo, revisión crítica del artículo, aprobación de la versión a ser publicada. **MEGT, JLMH, JJVG:** adquisición de datos, interpretación de resultados, aprobación de la versión a ser publicada. **AV, EMB:** diseño del estudio, análisis e interpretación de los resultados, redacción del artículo, revisión crítica del artículo, aprobación de la versión a ser publicada.

Correspondencia:

Luis Zegarra Montes
✉ luis.zegarra@upch.pe



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores
© Revista Médica Herediana

Recurrencia de carcinoma de células renales: reporte de caso

Recurrence of Renal Cell Carcinoma: Case Report

Luis R. Zegarra-Montes^{1, 2, a, b} , Mario E. Garrido Toribio^{3, c} , José L. Medina Holguín^{1, b} , Andrea Valdez^{4, d} , Estefano M. Benites^{4, d} , Jorge J. Valdés-Gómez^{5, e}

¹ Clínica San Felipe. Lima, Perú.

² Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Perú.

⁴ Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.

⁵ Instituto Arias-Stella. Lima, Perú.

^a Profesor emérito.

^b Médico especialista en Urología general y oncológica.

^c Encargado de la Unidad Oncológica.

^d Médico cirujano.

^e Médico especialista en Anatomía Patológica.

RESUMEN

Si bien la nefrectomía radical (NR) puede ser curativa en una proporción de pacientes con carcinoma de células renales localizado, hasta el 40 % de pacientes con enfermedad en estadio II-III sufrirán, eventualmente, una recurrencia. Se presenta el caso de un varón de 40 años, con hematuria asintomática asociada a una tumoración renal izquierda. Se le realizó una NR con linfadenectomía regional, cuyo diagnóstico fue carcinoma de células claras. El paciente estuvo en seguimiento durante 3 años sin evidencia de metástasis, posteriormente se perdió la vigilancia. Regresó 19 años después, refiriendo dolor en el hipocondrio izquierdo y evidenciándose en la tomografía espiral multicorte abdominal una tumoración en la fosa renal izquierda. En la tomografía por emisión de positrones (PET/CT) se confirmó una tumoración retroperitoneal con enfermedad activa, por lo que se realizó la exéresis. Como lección, este caso permite resaltar la necesidad de un seguimiento riguroso para la detección temprana de recurrencias y poder resolverlas con menos morbilidad.

PALABRAS CLAVE: carcinoma de células renales; recurrencia; terapéutica.

SUMMARY

Up to 40% of patients with Stage II-III renal carcinoma eventually suffer a recurrence despite radical nephrectomy (RN). We present the case of a 40-year-old male with a diagnosis of clear cell carcinoma, who underwent RN with regional

lymphadenectomy. He was on follow-up for 3 years with no evidence of metastasis. He came for consultation 19 years later, referring to pain in the left hypochondrium. Abdominal multislice CT scan showed a tumor in the left renal fossa. On positron emission tomography (PET/CT), a retroperitoneal tumor with active disease was confirmed, so resection was performed. This case emphasizes the need for long-term rigorous follow-up.

KEYWORDS: renal cell carcinoma; recurrence; therapeutics.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células renales (CCR) es una enfermedad impredecible; por ello, resulta difícil determinar el riesgo de recurrencia posterior a la nefrectomía radical (NR). Las manifestaciones clínicas varían según el subtipo histológico⁽¹⁾. Aproximadamente el 85 % de los tumores renales corresponden al CCR, dentro de los cuales el subtipo de células claras representa alrededor del 70 % de los casos, con una mediana de edad al momento del diagnóstico de 64 años⁽²⁾. El cáncer renal es el decimosexto más prevalente en el mundo, con más de 430 000 (2,2 %) casos nuevos diagnosticados en 2020, así como cerca de 180 000 (1,8 %) muertes por cáncer en el mismo año⁽³⁾. En 2022, en Sudamérica y Perú se registraron 26 758 y 2012 nuevos casos, respectivamente, con tasas de mortalidad del 2 % y 2,2 %.^(4,5)

El tratamiento actual para el CCR localizado, no metastásico (estadios I-III), es la nefrectomía parcial o radical. A pesar de que la NR puede ser efectiva para la curación, entre el 20 y 40 % de los pacientes desarrollará una recurrencia con el tiempo. Del 50 al 80 % de estos pacientes con recurrencia son asintomáticos y se diagnostican mediante exámenes auxiliares (laboratoriales o radiológicos)⁽⁶⁾. Dependiendo del tipo de tumor, entre el 35 y 47 % de los pacientes con CCR localmente avanzado (T2-T4) recurren después de la cirugía y desarrollan metástasis, principalmente en pulmón, ganglios linfáticos, hueso e hígado.⁽⁷⁾

La recurrencia del CCR posterior a una nefrectomía representa un reto terapéutico, dado que estos pacientes se consideran de alto riesgo para el desarrollo de metástasis. Sin embargo, diversos estudios muestran que el tratamiento de una lesión aislada debe considerar los mismos principios empleados para el CCR localizado. Se espera que hasta el 11 % de los pacientes con supervivencia a 10 años tras el tratamiento inicial presente una recurrencia tardía.^(8,9)

Se reporta este caso debido a que la recurrencia de CCR posterior a una nefrectomía representa un reto terapéutico, para destacar la importancia del seguimiento en pacientes con CCR y también evidenciar la relevancia de la resección quirúrgica en los casos de enfermedad resecable.

PRESENTACIÓN DE CASO

Varón de 40 años con un tiempo de enfermedad de 10 días, quien consultó por hematuria asintomática sin coágulos. El examen clínico no fue contributivo. La tomografía espiral multicorte (TEM) abdominal, realizada dos meses antes, evidenciaba una tumoración de 7 × 5 cm localizada en el tercio medio e inferior del riñón izquierdo, sugestiva de neoplasia maligna.

Se le realizó la NR izquierda con linfadenectomía regional, cuyo estudio anatomopatológico mostró un carcinoma de células claras grado 1; el tumor medía 6,5 × 6 × 5 cm y estaba confinado a la cápsula renal con necrosis tubular presente (40 %). No hubo evidencia de infiltración vascular ni perineural. Los márgenes quirúrgicos ureteral, vascular, grasa perirrenal y ganglios retroperitoneales (0/6) estaban libres de neoplasia. La clasificación fue AJCC: T1b N0 M0.

El paciente fue controlado hasta el tercer año, sin metástasis; no obstante, discontinuó el seguimiento. Regresó 19 años después al presentar un leve dolor en el hipocondrio izquierdo de manera esporádica. La TEM abdominal (figura 1A) evidenció una tumoración en la fosa renal izquierda y en la parte superior de la fosa ilíaca ipsilateral de 9,7 × 11,8 cm. Se solicitó una tomografía por emisión de positrones (PET/CT) (figura 1B) que mostró una masa retroperitoneal izquierda de 11,1 × 8,2 cm que contactaba con el músculo psoas y la aorta abdominal, con hipermetabolismo heterogéneo y centro hipometabólico. Se observó compromiso de grasa adyacente con valor de captación estandarizado (SUV) mayor de 14,3, hallazgo relacionado con enfermedad tumoral activa.

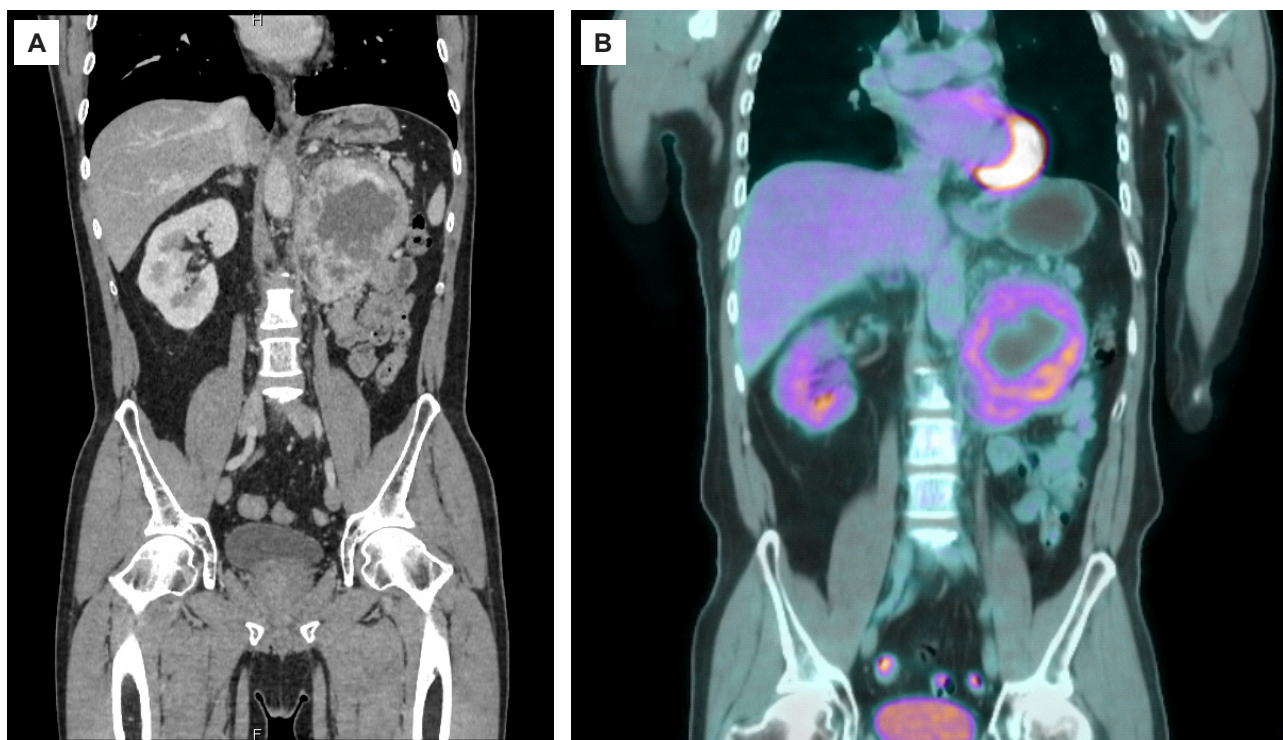


Figura 1. A: TEM abdominal evidencia una masa retroperitoneal de $9,7 \times 11,8$ cm en el lecho renal izquierdo, sin evidencia de adenopatías ni líquido libre en cavidad. **B:** PET/CT corte coronal, con *status* posnefrectomía izquierda, muestra una masa con hipermetabolismo heterogéneo, un centro hipometabólico (necrosis) y compromiso de la grasa adyacente; hallazgo en relación con enfermedad tumoral activa.

Dos meses después se le realizó una laparotomía, encontrándose adherencias de la tumoración a las asas intestinales, páncreas y aorta abdominal, e infiltración al psoas. La disección resultó compleja, con una pérdida sanguínea de 2200 ml, que requirió la reposición de hemocomponentes. Durante la disección del tumor, se produjo una sección de la aorta (3 mm), la cual se suturó con Nylon 5-0. Tras controlar el sangrado, se realizó la exéresis de un tumor retroperitoneal izquierdo de $10,5 \times 9,8 \times 7,0$ cm, con un peso de 430 g (figuras 2A y 2B). El paciente fue manejado en cuidados intensivos e intermedios, y recibió el alta al sexto día en buenas condiciones.

El informe anatomopatológico fue “neoplasia constituida en casi su totalidad por células de citoplasma transparente (células claras) dispuestas en nidos y estructuras pseudotubulares, rodeadas por septos fibrovasculares delgados, ramificados e interconectados” (figura 3A). Se observaron áreas aisladas con escasas células de citoplasma granular. No se identificaron áreas de estructura papilar, sarcomatoides ni rabdoides. Se constató la presencia de necrosis multifocal, la cual representa el 25 % (figura 3B). No se identificaron nucleolos fácilmente con aumento de 400X, lo que corresponde al grado ISUP-WHO 1 (figura 3C). No se detectó invasión linfovascular.

DISCUSIÓN

Se presenta el caso de un paciente sometido a una NR izquierda con linfadenectomía regional debido a un CCR, quien desarrolló una recurrencia tardía en la fosa renal izquierda. El CCR posee una alta capacidad metastásica; de hecho, el 13 % de los pacientes, al momento del diagnóstico, presenta enfermedad a distancia, sobre todo en el pulmón, el hueso y el hígado. No obstante, tiene la particularidad de producir recurrencias tardías, las cuales superan en algunos casos los 30 años.^(9, 10)

La recurrencia en fosa renal se define como la aparición de un tumor nuevo en el tejido blando de dicha zona, el músculo psoas o los ganglios linfáticos retroperitoneales ipsilaterales, sin incluir la glándula suprarrenal. La recurrencia aislada en la fosa renal es la presencia de recurrencia en esa zona, sin que exista metástasis a distancia⁽⁹⁾. Esta última es un fenómeno infrecuente, con un pronóstico desfavorable en ausencia de tratamiento: hasta el 86 % de los pacientes con esta recurrencia fallecen dentro del primer año. Si bien las terapias dirigidas lograron mejorar las tasas de respuesta y supervivencia, la mediana de supervivencia global sigue siendo inferior a los dos años.⁽¹¹⁾

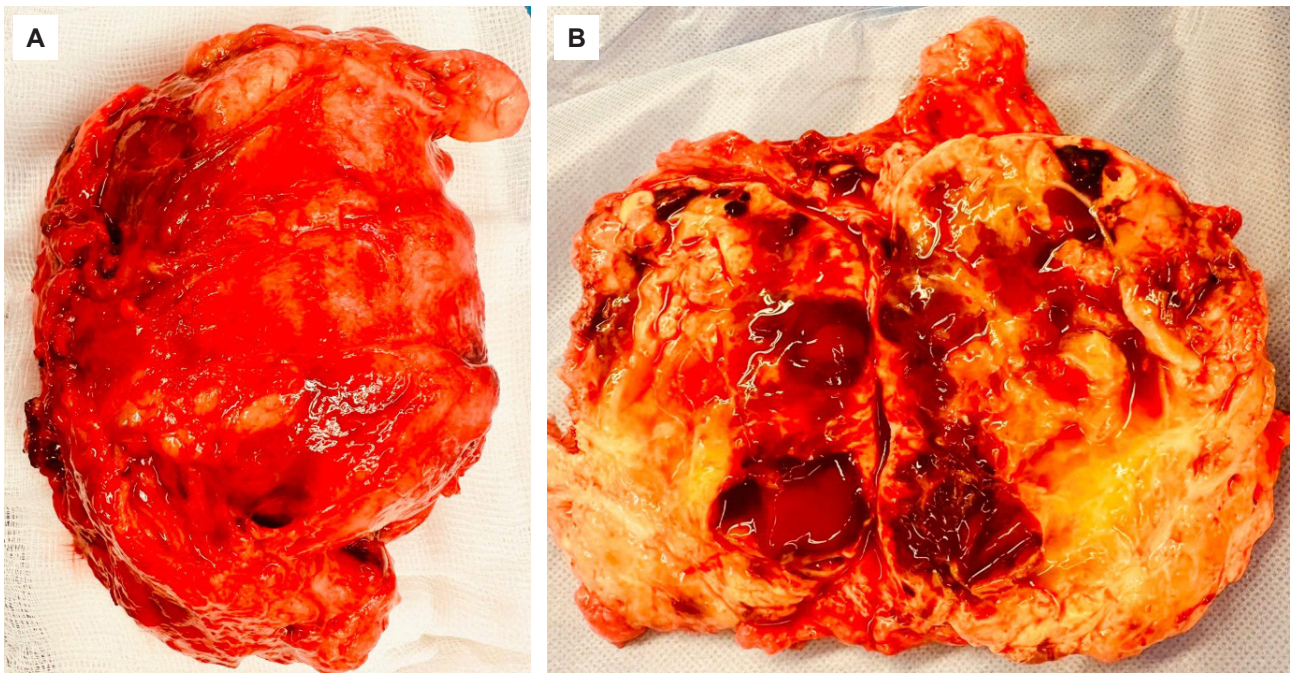


Figura 2. A) Tumor retroperitoneal izquierdo de 10,5 × 9,8 × 7,0 cm, con un peso de 430 g. Superficie extensa y lisa, parcialmente cubierta por tejido adiposo pardo amarillento. **B)** Al corte se evidencia una tumoración parcialmente encapsulada de 9,5 × 8,3 × 6,8 cm. Presenta sólido (55 %), áreas sólido-quísticas con contenido hemático (25 %) y área mixoide (20 %).

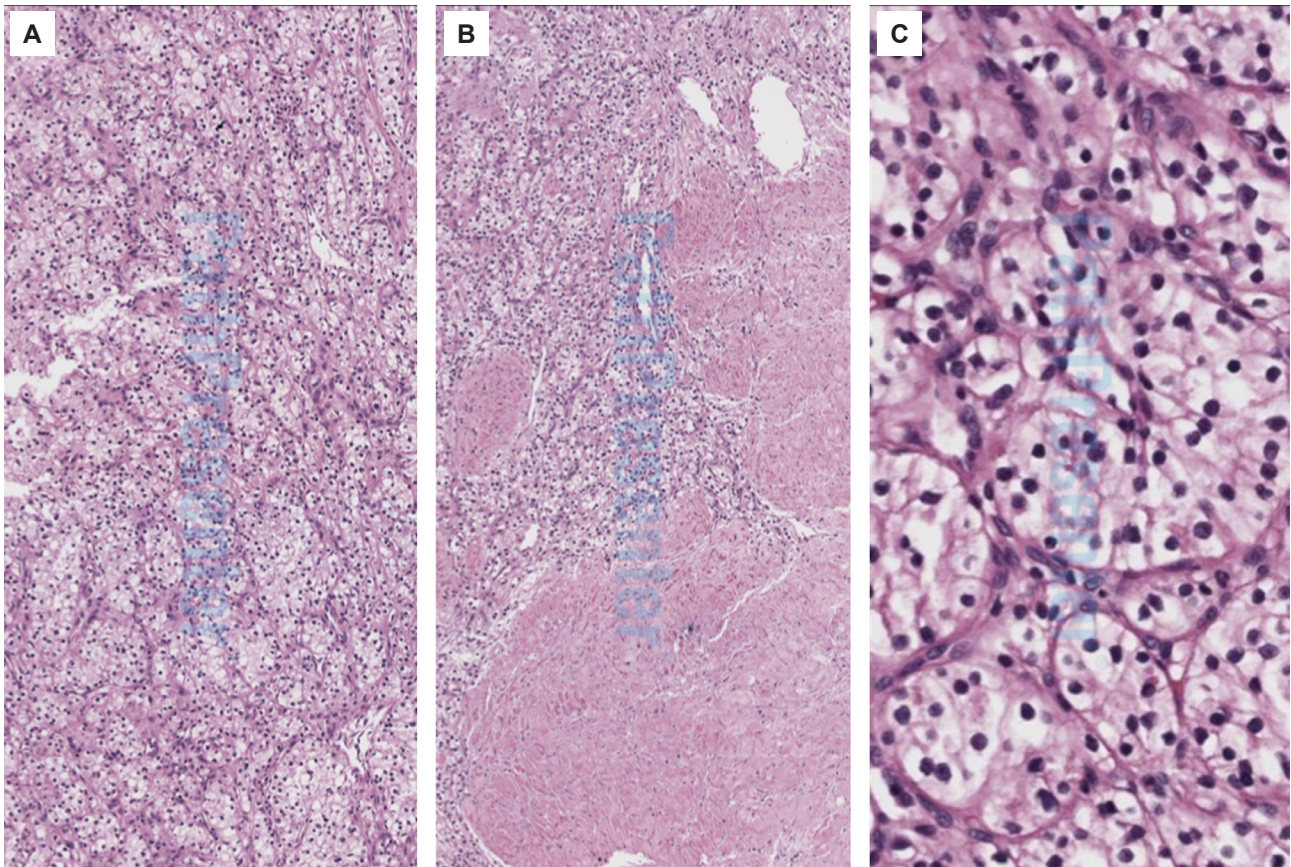


Figura 3. A: H/E-100X. Nidos de células claras rodeados por septos fibrovasculares. **B:** H/E-40X. Se observa necrosis en la parte superior y derecha de la microfotografía. **C:** H/E-400X. Los nucléolos no se identifican con facilidad incluso con gran aumento.

La recurrencia aislada en la fosa renal tiene una incidencia del 1-2 %, presentándose de forma asintomática (50-80 %) y detectada incidentalmente en estudios de imágenes⁽⁹⁾. En un estudio de más de 1100 personas con una prevalencia de 2,9 % de recurrencia local, la supervivencia informada después de una recurrencia en fosa renal manejada con resección quirúrgica se ha asociado con una supervivencia libre de enfermedad al primer año de 63 %, al tercer año de 31 % y al quinto año de 18 %.⁽¹²⁾

El estudio multicéntrico europeo RECUR comparó la supervivencia global y la específica del cáncer en casos de enfermedad resecable que recibieron tratamiento local completo de la recurrencia frente a aquellos que no lo hicieron. Ciento setenta y seis pacientes presentaron recurrencia de CCR con enfermedad resecable, 55,11 % fueron sometidos a este abordaje y los demás no recibieron dicho tratamiento. La mediana de supervivencia global fue estadísticamente mayor en el grupo tratado; asimismo, el análisis multivariado demostró que este abordaje se asoció con una reducción del 63 % del riesgo de muerte. Se concluyó que hubo una mayor supervivencia en pacientes con riesgo de recurrencia.⁽¹³⁾

Otro estudio multicéntrico retrospectivo analizó a los pacientes con recurrencia retroperitoneal localizada tras nefrectomía; ninguno con metástasis a distancia al diagnóstico, y se compararon los resultados de pacientes sometidos a cirugía versus terapia dirigida. Tras un seguimiento de 35 meses para el grupo quirúrgico y 23 meses para el grupo tratado con terapia dirigida, la resección quirúrgica mostró una supervivencia específica del cáncer significativamente mayor, apoyando su consideración como una estrategia potencialmente curativa, asociada a mejores resultados oncológicos y menos complicaciones⁽¹⁴⁾. Un tercer estudio identificó que, de un total de 2502 pacientes, el 1,31 % presentó recurrencia local aislada y el 1,19 %, recurrencias locales más metástasis sincrónicas. Esto respalda la eficacia del tratamiento dirigido localmente al compararlo con enfoques conservadores (observación, la terapia sistémica).⁽¹⁵⁾

Las guías actuales sugieren realizar tratamiento local completo de la recurrencia en casos de CCR metacrónico en pacientes con enfermedad metastásica y factores pronósticos favorables, siempre que sea enfermedad resecable. Se recomienda particularmente en aquellos con oligometástasis tras un intervalo libre de enfermedad prolongado posterior a NR, buen estado funcional, metástasis solitarias, ausencia

de progresión bajo terapia sistémica y un grado de Fuhrman bajo o intermedio.^(16,17)

La recurrencia del CCR puede ser manejada mediante diversas estrategias terapéuticas incluyendo cirugía, crioablación, quimio y radioterapia adyuvante, terapia dirigida e inmunoterapia⁽¹⁸⁾. A pesar de las diferentes formas de manejo, la resección quirúrgica sigue siendo la única estrategia terapéutica con evidencia demostrada para mejorar la supervivencia en este tipo de pacientes⁽¹⁹⁾. La cirugía abierta ha sido reportada como una estrategia exitosa en diversos estudios.^(20,21)

En conclusión, aunque la evidencia disponible es limitada, el aporte al conocimiento médico de este caso demuestra que en pacientes seleccionados la planificación de un abordaje terapéutico adecuado permite que la resección de la recurrencia proporcione un control tumoral prolongado. Como lección, nos permite resaltar la necesidad de un seguimiento riguroso para la detección temprana de recurrencias y poder resolverlas con menos morbilidad.^(9,22)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urushibara M, Nagata M, Okumura T, et al. Bladder metastasis with additional metastases in multiple other organs 4 years after radical nephrectomy for clear cell renal cell carcinoma: a case report and review of the literature. *J Med Case Reports*. 2022;16:131. doi:10.1186/s13256-022-03368-w
2. Motzer RJ, Jonasch E, Agarwal N, et al. Kidney cancer, Version 3.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2022;20(1):71-90. doi:10.6004/jnccn.2022.0001
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
4. Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today: South America [Internet]. International Agency for Research on Cancer; 2024. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/931-south-america-fact-sheet.pdf>
5. Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today: Peru [Internet]. International Agency for Research on Cancer; 2024. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/604-peru-fact-sheet.pdf>

6. Chin AI, Lam JS, Figlin RA, et al. Surveillance strategies for renal cell carcinoma patients following nephrectomy. *Rev Urol [Internet]* 2006 [citado en febrero de 2025];8(1):1-7. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1471767/>
7. Dabestani S, Thorstenson A, Lindblad P, et al. Renal cell carcinoma recurrences and metastases in primary non-metastatic patients: a population-based study. *World J Urol.* 2016;34:1081-6. doi:10.1007/s00345-016-1773-y
8. Newmark JR, Newmark GM, Epstein JI, et al. Solitary late recurrence of renal cell carcinoma. *Urology.* 1994;43(5):725-8. doi:10.1016/0090-4295(94)90199-6
9. Romeo A, Garcia P, Jurado AM, et al. Renal fossa recurrence after radical nephrectomy: current management, and oncological outcomes. *Urol Oncol.* 2020;38(2):42.e7-12. doi:10.1016/j.urolonc.2019.10.004
10. Markinez I, Jiménez R, Ruiz I, et al. Metástasis pancreáticas por carcinoma renal. Nuestra casuística y revisión de la literatura. *Cir Esp.* 2013;91(2):90-5. doi:10.1016/j.ciresp.2012.07.007
11. Thomas AZ, Adibi M, Borregales LD, et al. Surgical management of local retroperitoneal recurrence of renal cell carcinoma after radical nephrectomy. *J Urol.* 2015;194(2):316-22. doi:10.1016/j.juro.2015.02.2943
12. Bruno JJ II, Snyder ME, Motzer RJ, et al. Renal cell carcinoma local recurrences: impact of surgical treatment and concomitant metastasis on survival. *BJU Int.* 2006;97(5):933-8. doi:10.1111/j.1464-410X.2006.06076.x
13. Marconi L, Kuusk T, Capitanio U, et al. Local treatment of recurrent renal cell carcinoma may have a significant survival effect across all risk-of-recurrence groups. *Eur Urol Open Sci.* 2023;47:65-72. doi:10.1016/j.euros.2022.11.008
14. Huang J, Wang Y, Zhang C, et al. Surgical management and oncologic outcomes for local retroperitoneal recurrence of renal cell carcinoma after radical nephrectomy. *Clin Genitourin Cancer.* 2023;21(2):315.e1-7. doi:10.1016/j.clgc.2022.10.010
15. Psutka SP, Heidenreich M, Boorjian SA, et al. Renal fossa recurrence after nephrectomy for renal cell carcinoma: prognostic features and oncological outcomes. *BJU Int.* 2016;119(1):116-27. doi:10.1111/bju.13620
16. Ljungberg B, Albiges L, Abu-Ghanem Y, et al. European Association of Urology guidelines on renal cell carcinoma: the 2022 update. *Eur Urol.* 2022;82(4):399-410. doi:10.1016/j.eururo.2022.03.006
17. Escudier B, Porta C, Schmidinger M, et al. Renal cell carcinoma: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2019;30(5):706-20. doi:10.1093/annonc/mdz056
18. Wei Y, Yuan J, Ren S, et al. Treatment of the recurrence after radical resection of clear cell renal cell carcinoma. *Asian J Surg.* 2023;46(2):1149-50. doi:10.1016/j.asjsur.2022.08.019
19. Itano NB, Blute ML, Spotts B, et al. Outcome of isolated renal cell carcinoma fossa recurrence after nephrectomy. *J Urol.* 2000;164(2):322-5. doi:10.1016/S0022-5347(05)67350-8
20. Sandhu SS, Symes A, A'Hern R, et al. Surgical excision of isolated renal-bed recurrence after radical nephrectomy for renal cell carcinoma. *BJU Int.* 2005;95(4):522-5. doi:10.1111/j.1464-410X.2005.05331.x
21. Master VA, Gottschalk AR, Kane C, et al. Management of isolated renal fossa recurrence following radical nephrectomy. *J Urol.* 2005;174(2):473-7. doi:10.1097/01.ju.0000165574.62188.d0
22. Johnson A, Sudarshan S, Liu J, et al. Feasibility and outcomes of repeat partial nephrectomy. *J Urol.* 2008;180(1):89-93. doi:10.1016/j.juro.2008.03.030