

Masas renales en la edad pediátrica

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Jose Enrique Gordillo Arnaud, Francisco Fernandez Valverde, Margarita Pedrosa Garriguet, Esperanza Elias Cabot

Objetivos Docentes

El objetivo es conocer la frecuencia y distribución de los tumores renales diagnosticados en nuestro centro, sus características clínicas, hallazgos radiopatológicos y tratamientos

Revisión del tema

Materiales y métodos

Hemos revisado de forma retrospectiva los casos de masas renales diagnosticadas e intervenidas en nuestro centro en los últimos 10 años. En los que se realizó un estudio ecográfico Doppler-color abdominal que se completó con TC y/o RM según sospecha diagnóstica

Resultados

Registramos 16 tumoraciones renales, de las que el T. Wilms fue el diagnóstico de 13 (81%) de estos niños. Tuvimos dos casos de sarcoma de células claras y uno de nefroma mesoblástico.

La edad media en el diagnóstico de T. Wilms fue 3 años y 5 meses con predilección por el sexo masculino con un 70% de los casos.

Encontramos dos casos donde el T. Wilms se presentó de forma bilateral y otros dos casos que presentaban metástasis pulmonares al diagnóstico.

[Fig. 1](#)

- T. Wilms
 - Supone el 90% de las masas renales en pediatría
 - Pico de incidencia 3-4 años (80% < 5 años)
 - Muy raro en neonatos
 - Suele manifestarse como una masa palpable y en ocasiones con hipertensión arterial (25%)
 - Los hallazgos más frecuentes son:
 - Masa heterogénea
 - Puede presentar áreas grasas y calcificaciones
 - Pueden existir metástasis al diagnóstico (10-20%) así como tumor sincrónico contra lateral

- En el estudio es importante valorar la extensión a la vena renal y a la VCI
- Tratamiento: Neoadyuvancia + nefrectomía + QT

Fig. 2

- Sarcoma de células claras
 - Constituye el 4-5% de los tumores renales en la infancia
 - Pico de incidencia 1-4 años
 - Descrito unilateralmente
 - Suele presentarse como una masa abdominal palpable
 - Características radiológicas más frecuentes:
 - Masa sólida
 - Bien delimitada
 - No extensión intravascular
 - Comportamiento muy agresivo
 - Puede presentar metástasis óseas, SNC y linfáticas
 - Tratamiento: Nefrectomía + QT
 - Recaidas frecuentes

Fig. 3

- Nefroma mesoblástico (Tumor Bolande)
 - Tumor renal más frecuente en neonatos
 - 3% de los tumores renales en niños
 - Hamartoma renal fetal
 - Pico de incidencia 3 meses (90% < 1 año)
 - Clínica: Masa abdominal
 - Hallazgos radiológicos:
 - Masa sólida que engloba el seno renal
 - Puede presentar hemorragia, necrosis o áreas quísticas
 - Calcificaciones muy raro
 - Se extiende a espacio perirrenal
 - Comportamiento localmente agresivo
 - Tratamiento: Nefrectomía con márgenes amplios
 - Rara recurrencia local
 - Mejor pronóstico si el diagnóstico < 6 meses

Fig. 4

Imágenes en esta sección:

Tumor	Casos	Edad	Sexo	Bilateralidad	Metástasis
T. Wilms	13 (81%)	3m a 9a	70%H	2	2
Sarcoma de células claras	2	15m y 5a	H		
Nefroma mesoblástico	1	4d	H		

Fig. 1: Resultados



Fig. 2: T. Wilms

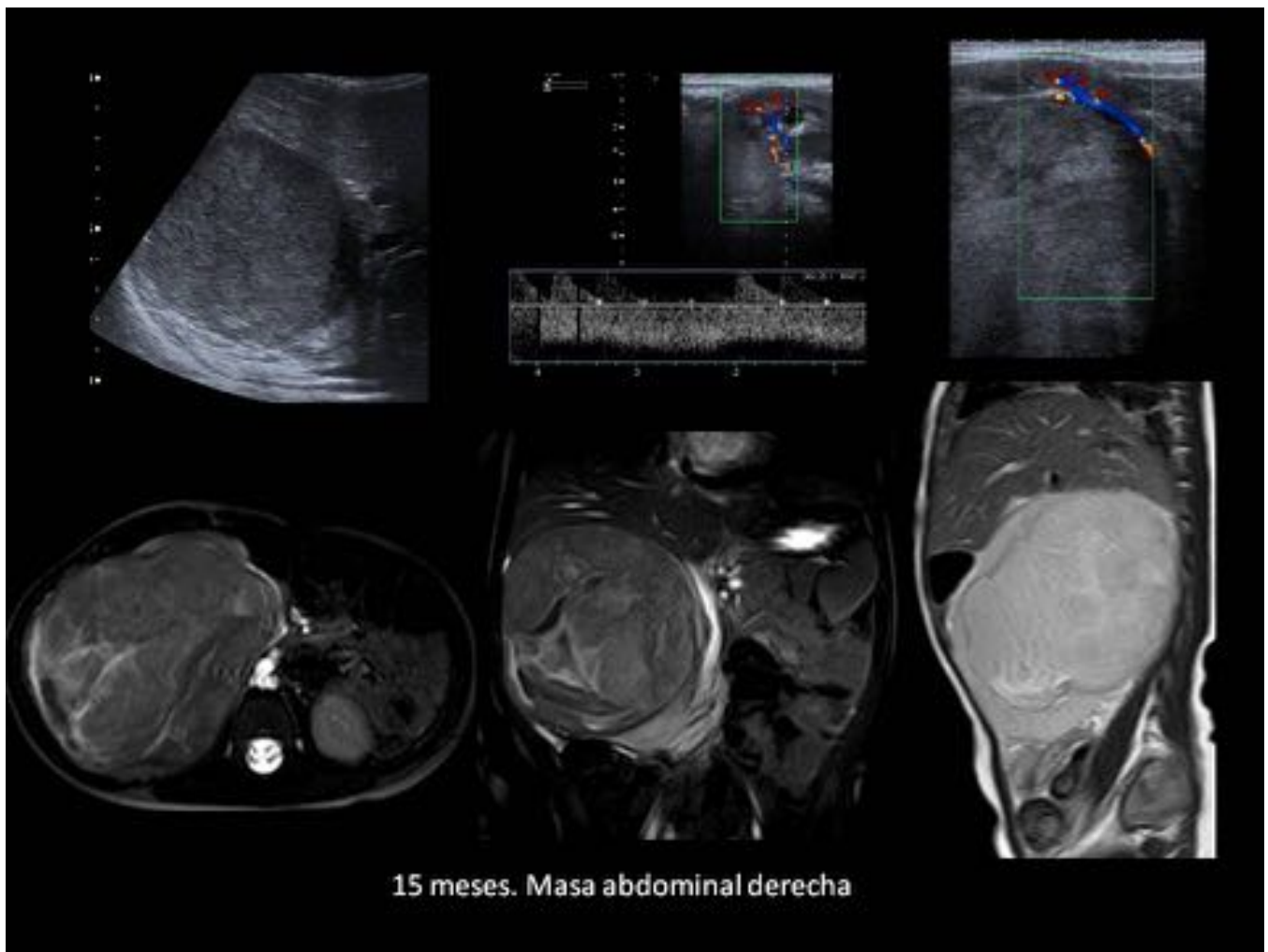


Fig. 3: Sarcoma de células claras

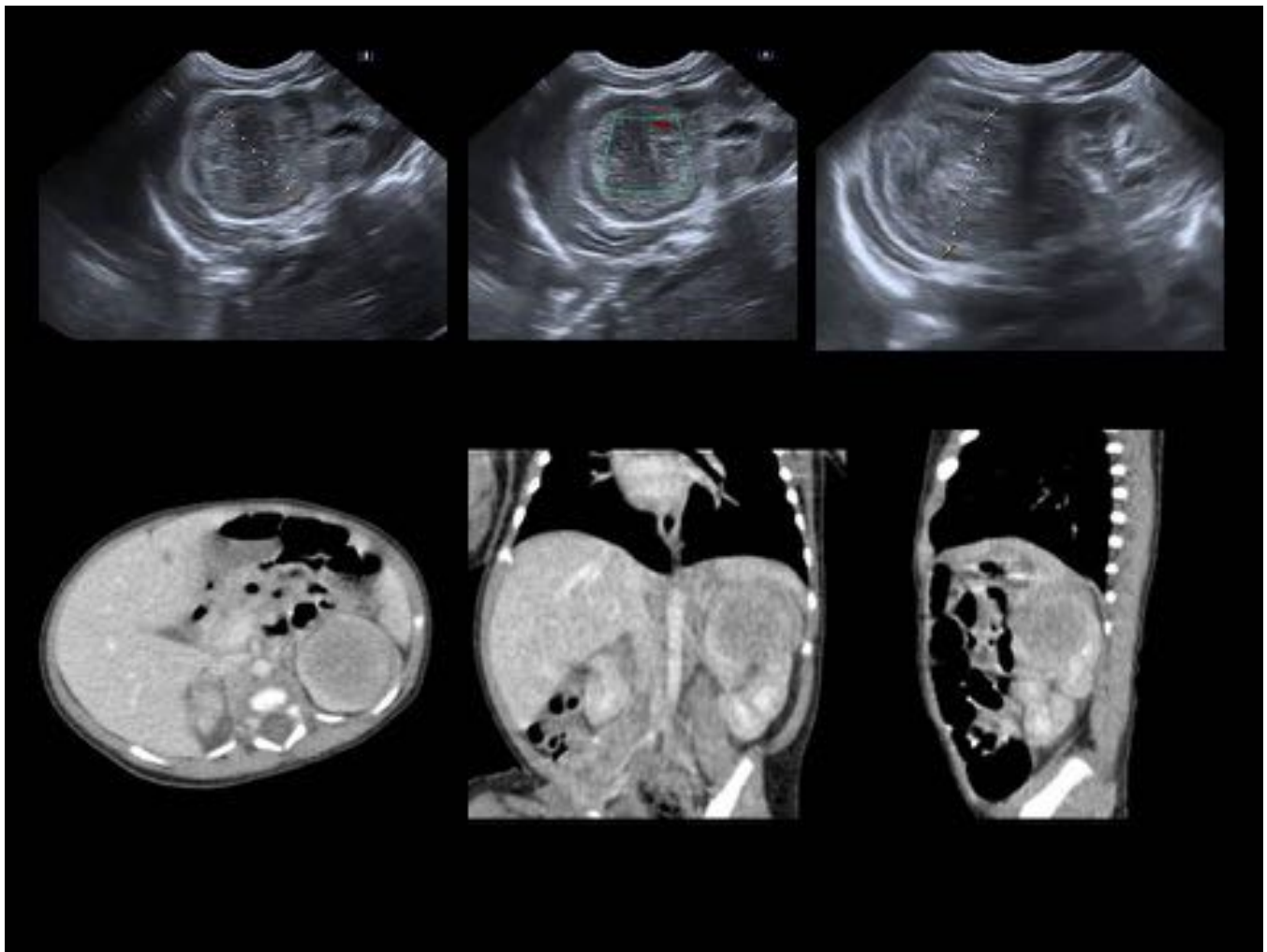


Fig. 4: Nefroma mesoblástico. RN con masa renal izquierda (diagnóstico prenatal)

Conclusiones

El tumor de Wilms es la masa renal más frecuente en la edad pediátrica. Los hallazgos radiológicos, junto a los datos clínicos y epidemiológicos, tienen un papel fundamental para orientar el diagnóstico de los tumores renales pediátricos.

El radiólogo debe conocer también las peculiaridades por imagen de los tumores no wilms, ya que, si bien la incidencia de estos es baja respecto al TW, es importante su detección de cara a establecer el tratamiento y el pronóstico de los mismos

Bibliografía / Referencias

- Pediatric Renal Masses: Wilms Tumor and Beyond, Lisa H. Lowe, Bernardo H. Isuani. RadioGraphics 2000; 20:1585–1603
- Ritchey ML, Azizkhan RG, Beckwith JB, Hrabovsky EE, Haase GM. Neonatal Wilms tumor. J Pediatr Surg 1995; 30:856–859.
- CT of Renal Lymphoma in Children. Neeraj B. Chopuri. AJR:180, February 2003
- Part I:Primary malignant non-Wilms' renal tumours in children. Lancet Oncol 2007. Ahmed HU, Arya M, Levitt G, et al.