

# Tumor de Wilms en el adulto

## *Adult Wilms' tumor*

José Dalul, Nicolás Menéndez\*, Nicolás Quilici, Alberto Dalul, Diego Gancedo, Rodolfo Rivadera

*Servicio de Urología, Hospital José María Cullen, Santa Fe, Argentina.*

*\*Servicio de Urología Sanatorio El Sol, Bariloche, Argentina.*

### INTRODUCCIÓN

El tumor de Wilms (TW), también conocido como nefroblastoma, es la neoplasia abdominal más frecuente en niños; solo un 1% del total de esta patología se presenta en la edad adulta, y dentro de estos el 80% ocurre entre la tercera y séptima década de la vida<sup>1</sup>. Hasta la fecha hay reportados en la bibliografía menos de 300 casos de tumor de Wilms en adultos (TWA).

La presentación clínica es similar al carcinoma de células renales (CCR), lo que hace dificultoso su diagnóstico preoperatorio. En la tomografía axial computada (TAC) de abdomen se observa como una masa heterogénea ligeramente hipovascular que es muy difícil diferenciarla del CCR<sup>2</sup>. El TW tiene un patrón histológico "trifásico" característico con tres componentes: blastema, epitelio y estroma<sup>3</sup>. El pronóstico desfavorable para los adultos estaría dado por enfermedad avanzada al momento del diagnóstico<sup>4,5</sup>.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años sin antecedentes patológicos de jerarquía, colecistectomizada por vía de Kocher, consulta por cuadro clínico de dos meses de evolución caracterizado por dolor sobre tumoración en hipocondrio izquierdo que no cede con la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), acompañado de pérdida de peso de 10 kilogramos. Refiere además dolor abdominal difuso de dos años de evolución que cedía con administración de AINEs.

Al examen físico se constata abdomen globuloso, blando, depresible e indoloro. Se palpa tumoración voluminosa, duro elástica a nivel de hipocondrio y flanco izquierdo, puño percusión izquierda positiva.

Tomografía axial computada de abdomen de ingreso: se constata masa heterogénea de 20 x 15 x 10 cm que reemplaza totalmente al parénquima renal izquierdo (**Figura 1**).



**Figura 1.** TAC de abdomen de ingreso.

Aceptado en Febrero de 2011  
Conflictos de interés: ninguno

Accepted on February 2011  
Conflicts of interest: none

Correspondencia  
Email: josedalul@hotmail.com

Radiografía de tórax: Sin imágenes compatibles con secundarismo.

Analítica de laboratorio: Sin datos de relevancia.

Con el diagnóstico de masa ocupante renal izquierda voluminosa, se decide realizar nefrectomía radical por vía laparotómica, incisión mediana supraumbilical con componente infraumbilical. Pieza quirúrgica (Figura 2).

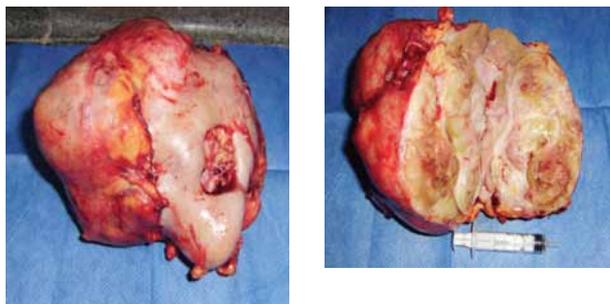


Figura 2. Pieza quirúrgica.

#### Anatomía patológica:

Macroscópica: Parénquima reemplazado por masa polilobulada de 19 x 15 x 10 cm.

Microscopia: Neoplasia mixta epitelial y estromal. El componente epitelial remeda estructuras glomerulares en sectores y en otras rosetas con elementos tubulares y papilares inmaduros (símil morfogénesis normal). Se observan células basales dispuestas en gruesos cordones y masas. El componente estromas exhibe diferenciación fibroblástica (Figura 3).

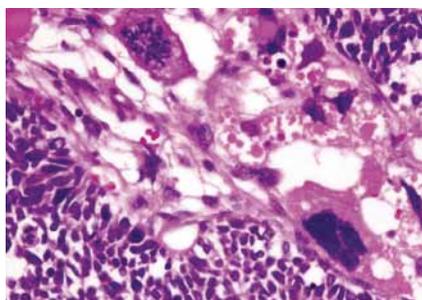


Figura 3. Histología.

Los hallazgos histológicos sugieren tumor de Wilms del adulto que fueron confirmados por inmunohistoquímica, positivo para: vimentina, desmina, proteína S 100, enolasa neuroespecífica y citoqueratina.

#### Evolución:

Paciente con buena evolución postoperatoria (POP), alta al 7º día de POP hospitalaria.

Al cuarto mes de POP, consulta por disnea y fiebre.

Se interna con diagnóstico de síndrome febril en POP alejado de nefrectomía radical izquierda. Se realiza laboratorio de rutina (Tabla 1). TAC de abdomen y RX de tórax (Figuras 4 y 5).

Hematocrito	30%
Hemoglobina	9 g/dl
Glóbulos blancos	19.400 mm <sup>3</sup>
Plaquetas	660.000 mm <sup>3</sup>
Velocidad de eritrosedimentación (VES)	137
Albúmina	3,67 g/dl
Proteínas totales	6,46 g/dl
Creatininemia	1,8 g/dl
Ionograma	135/4,5/110

Tabla 1. Laboratorio de reingreso, 4º mes de postoperatorio.

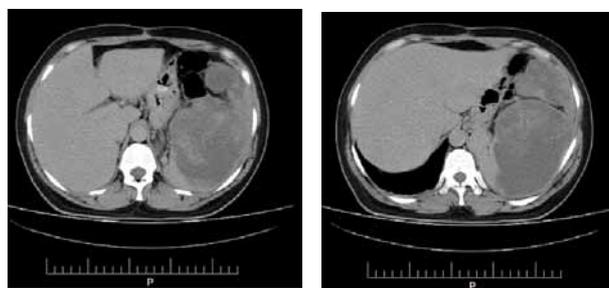


Figura 4. TAC abdomen 4º mes de postoperatorio.



Figura 5. Radiografía de torax 4º mes de postoperatorio.

Con diagnóstico de derrame pleural izquierdo, se decide colocación de drenaje pleural izquierdo cuyo análisis citofisicoquímico informa exudado inflamatorio.

Evoluciona favorablemente con antibioticoterapia endovenosa, alta hospitalaria al 7º día de internación. Se solicita interconsulta a servicio de Oncología para tratamiento de recidiva tumoral, se posterga quimioterapia sistémica por mal estado general de la paciente.

La paciente reingresa al 5º mes de POP con diagnóstico oclusión intestinal, sepsis y falla multiorgánica, que le provoca el óbito.

## DISCUSIÓN

La presentación de un tumor de Wilms en la edad adulta es muy infrecuente, aproximadamente el 1% de todos los nefroblastomas<sup>4</sup>. Kilton presentó los siguientes criterios para el diagnóstico del tumor de Wilms del adulto: paciente mayor de 15 años de edad, con neoplasia renal primaria en ausencia de elementos glandulares maduros de carcinoma de células renales. Este autor encontró que hasta en un 42% de los pacientes el dolor comienza un año previo al diagnóstico<sup>6</sup>. Nuestra paciente refería dolor abdominal difuso de dos años de evolución.

El National Wilms Tumor Study los divide en los siguientes estadios: I) Tumor limitado al riñón y completamente extirpado, la cápsula renal está intacta y el tumor no sufrió ruptura antes de la escisión, sin tumor residual; II) El tumor se extiende a través de la cápsula perirrenal pero fue completamente extirpado, puede haber siembra local combinada al flanco o el tumor pudo haber sido biopsiado, los vasos extrarrenales pueden contener trombos de tumor o puede estar infiltrado por éste; III) Tumor residual no hematógeno confinado al abdomen, compromisos de ganglios linfáticos, siembra peritoneal difusa, implante peritoneal, tumor más allá del margen quirúrgico macroscópico o microscópicamente; IV) Metástasis hematógenas en el pulmón, hígado, hueso, cerebro u otros órganos; V) Compromiso renal bilateral en el momento del diagnóstico. El tratamiento en niños es multimodal basado en cirugía radical combinada con la quimioterapia y en algunos casos radioterapia<sup>7</sup>.

Hasta los trabajos de Arrigo y cols., quienes demostraron una mejora en la sobrevida con el tratamiento polimodal del 67% a los tres años, el tumor de Wilms en el adulto era una enfermedad fatal con tasas de sobrevida del 18 al 27%<sup>8</sup>. El Grupo alemán estudió

a 30 pacientes que fueron tratados de acuerdo al estudio SIOP 93-01 (Society International of Oncology Paediatric); todos los pacientes se sometieron a cirugía primaria y quimioterapia, 14 pacientes de 30 también recibieron radioterapia, la media de seguimiento fue de 4 años, la sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global fueron 57% y 83% respectivamente. Estos autores concluyen que el pronóstico es bueno cuando los pacientes son tratados con protocolos pediátricos<sup>9</sup>.

Según Graf y cols., la neoadyuvancia disminuiría la ruptura intraoperatoria de 27% al 5%, produciendo una subestadificación, permitiendo una cirugía conservadora de nefronas en un 30%<sup>10</sup>.

Uno de los dilemas del tumor de Wilms en el adulto es establecer un diagnóstico prequirúrgico; hasta la década de los '80 la biopsia por punción aspiración con aguja fina (PAF) estaba proscripta por el peligro de implante en el sitio de punción<sup>11</sup>. Con el advenimiento del conocimiento citológico, y las técnicas de punción, algunos autores proponen la PAF que juntamente con la clínica y las imágenes aportarían información para un diagnóstico preoperatorio y así emplear neoadyuvancia<sup>12</sup>. Tal vez, en el caso de nuestra paciente, con la sospecha clínica y la PAF se hubiera confirmado el diagnóstico prequirúrgico y beneficiado con la neoadyuvancia. Uno de los inconvenientes que presentan estos pacientes es el postoperatorio complejo no exento de complicaciones que dificulta el posterior tratamiento adyuvante.

La realización de estudios prospectivos randomizados que permitan definir una mejor conducta terapéutica se ve dificultada por el hecho de ser el TWA una entidad poco frecuente. Hasta el momento, practicar los protocolos de los oncólogos pediátricos sería la mejor opción como tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Winteer y cols. Wilms tumor in adults. Review of 10 cases. *Int Urol Nephrol*. 1996; 28:469-475.
2. Reinhard y cols. Wilms tumor in adults: Result of the Society Of Pediatric Oncology (SIOP) 93-01/ Society for Pediatric Oncology and Hematology (GPOH) study. *J Clin Oncol*. 2004; 22:4500-4506.
3. Douglas J. Hartman, Gregory T. MacLennan. Wilms Tumor. *J Urol*. 2005; 173:2147.
4. Orditura M, De Vita F, Catalano G. Adult Wilms' tumor. *Cancer* 1997; 80:1961-1965.

5. Bozeman G, Bissada NK, Abboud MR, y cols. Adult Wilms' tumor: prognostic and management considerations. *Urology* 1995; 45:1055-1058.
6. Kilton I, Matthews MJ, Cohen MH. Adult Wilms' tumor: a report of prolonged survival and review of literature. *J Urol.* 1980; 124:1-5.
7. De Kraker J, Graf N, van Tinteren H, y cols. Reduction of postoperative chemotherapy in children with stage I intermediate-risk and anaplastic Wilms' tumour (SIOP 93-01 trial): a randomized controlled trial. *Lancet* 2004; 364:1229.
8. Arrigo S, Beckwith JB, Sharples K, y cols. Better survival after combined modality care for adults with Wilms' tumor. A report from the National Wilms' Tumor Study. *Cancer* 1990; 66:827-830.
9. Reinhard H, Aliani S, Leuschner I, y cols. Wilms' tumor in adults. Results of the SIOP 93-01 study [abstract]. *Med Pediatr Oncol.* 2003; 38:266.
10. Graf N, Tournade MF, de Kraker J. The role of preoperative chemotherapy in the management of Wilms' tumor. *Urol Clin North Am.* 2000; 27:443.
11. Babaian RJ, Skinner DG, Waisman J. Wilms' tumor in the adult patient. *Cancer* 1980; 45:1.713-1.719.
12. Peng Li, Mary Ann Perle, John V. Scholes, Grace CH Yang. Wilms' Tumor in Adults: Aspiration Cytology and Cytogenetics. *Diagn Cytopathol.* 2002; 26: 99-103.