



IMAGEN EN PEDIATRÍA

Tumor de Wilms de grandes dimensiones

Giant Wilms' tumour

P. Alonso Quintela^{a,*}, D. Mata Zubillaga^{a,b}, V. Recio Pascual^a, R. Morales Sánchez^a y D. Naranjo Vivas^a

^a Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

^b Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

Recibido el 11 de diciembre de 2010; aceptado el 15 de febrero de 2011

Disponible en Internet el 3 de abril de 2011

Niña de 5 años que presentaba abdominalgia difusa de 15 días e incremento del perímetro abdominal detectado hacía 24 h. Mostraba distensión abdominal y se palpaba masa de consistencia firme, no dolorosa, en mesogastrio e hipocondrio y flanco derechos que sobrepasaba 10 cm el reborde costal. Se encontró hipertensión arterial. Se detectó LDH de 930 UI/l y PCR de 40 mg/l, siendo el resto de los valores analíticos normales. En la ecografía abdominal mostraba una masa abdominal de 15 x 13 x 15 cm en hemiabdomen derecho y la radiografía de tórax elevación de hemidiafragma. En la TAC con contraste se observó una masa de 17 x 13 x 14 cm con captación heterogénea, dependiente de polo superior de riñón, que desplazaba hígado, aorta y vena cava a la izquierda, comprimiendo ésta (fig. 1). La masa rebasaba la línea media (fig. 2). Tras la confirmación histológica se inició quimioterapia en centro de referencia.

El tumor de Wilms es el cuarto tumor más frecuente en edad pediátrica (6%)¹, siendo el cáncer renal más frecuente. En el momento del diagnóstico, el 95% de los pacientes son menores de 10 años y el 80% de 5 años. Las manifestaciones clínicas habituales son: masa abdominal palpable (75%), dolor abdominal (30%), hematuria (12-25%) e hipertensión

(25%)². A diferencia del neuroblastoma, puede manifestarse con masa tumoral de importante volumen y buen estado general del paciente. Es bilateral hasta en el 10% de las ocasiones³. Rara vez rebasa la línea media. El abordaje terapéutico es variado, siendo distinto en Europa, donde



Figura 1 Resonancia magnética tras inyección de gadolinio, corte coronal. Se observa cómo el tumor desplaza hígado, aorta y vena cava inferior.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paulaalonsoquintela@gmail.com (P. Alonso Quintela).



Figura 2 Resonancia magnética tras inyección de gadolinio, corte axial. Se observa cómo el tumor rebasa la línea media.

se recomienda iniciar quimioterapia y posteriormente cirugía, que en Estados Unidos, donde se prefiere tratamiento quirúrgico inicial⁴. La supervivencia se ha incrementado desde menos de un 30% hasta un 90%¹.

Bibliografía

1. Smets AM, de Kraker J. Malignant tumours of the kidney: imaging strategy. *Pediatr Radiol.* 2010;40:1010-8.
2. Warriar RP, Regueira O. Wilms' tumor. *Pediatr Nephrol.* 1992;6:358-64.
3. Mambié Melendez M, Guibelalde del Castillo M, Nieto del Rincón N, Rodrigo Jiménez D, Femenia Reus A, Román Piñana JM. Tumor de Wilms bilateral metacrómico. *An Pediatr (Barc).* 2002;56:247-50.
4. D'Angio GJ. Pre-or postoperative therapy for Wilms' tumor. *J Clin Oncol.* 2008;26:4055-7.