



CLÍNICA MÉDICA  
Hospital Centenario

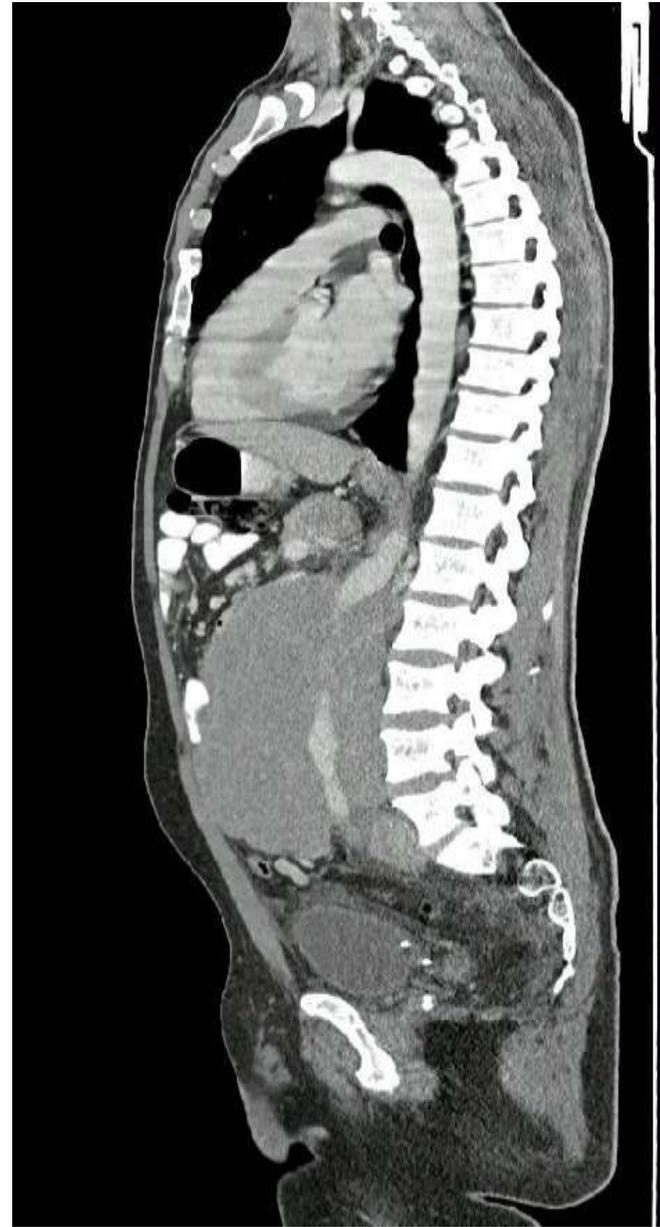
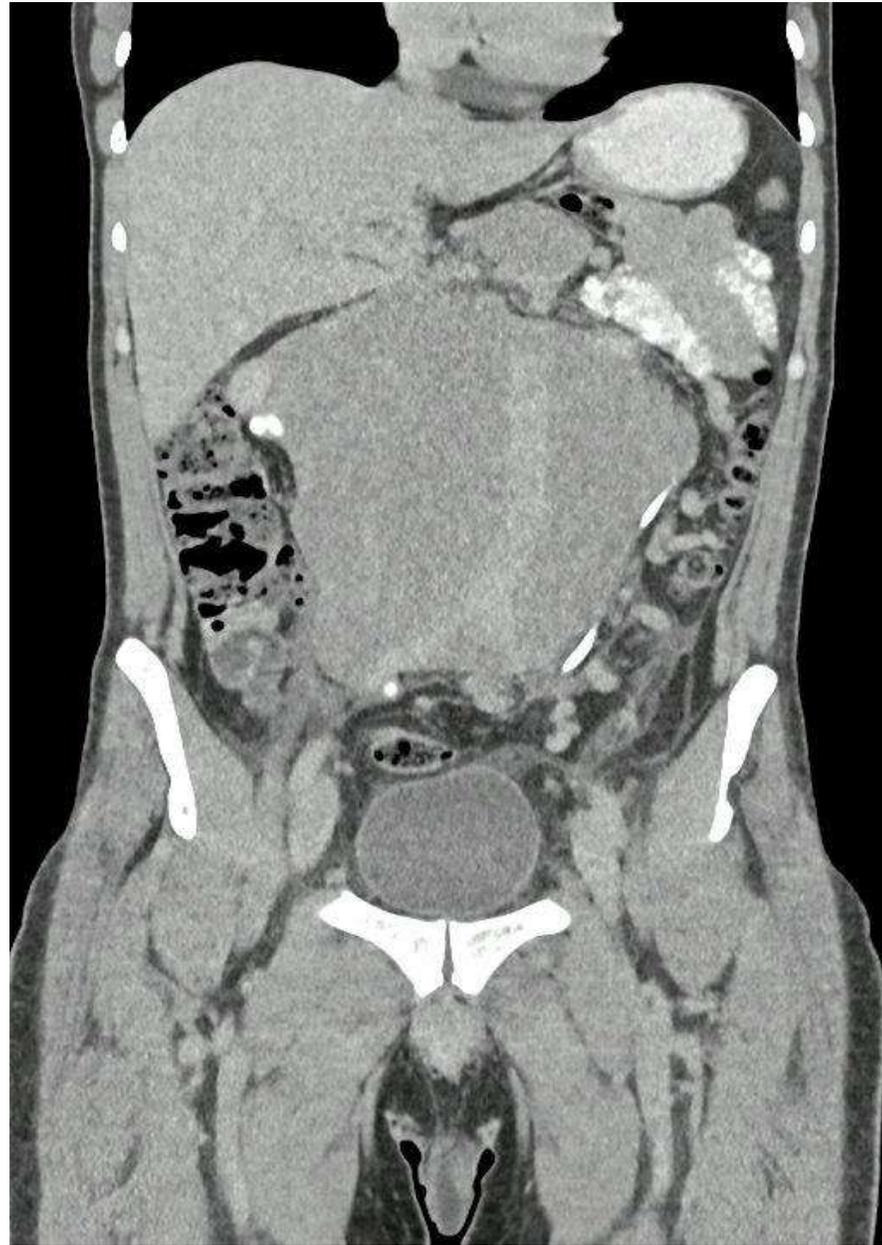


# “CUANDO LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESCONDE ALGO MÁS”

Imagen del mes - AMIR

Integrantes: Poggiani, Agustina. Huhn, Virginia. Negro Marquínez, Liliana E. Bértola, Diego A. Parodi, Roberto L.

Servicio de Clínica Médica – Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Santa Fe.



- **TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis con contraste EV:** voluminosa masa retroperitoneal con un realce heterogéneo tras la administración del contraste EV, con áreas hipodensas, que podría corresponder a áreas necróticas, presenta márgenes irregulares. Se extiende desde el epigastrio hasta el hipogastrio, por debajo de la bifurcación iliaca, contactando con ambos uréteres y riñones y rodeando en 360 grados a la arteria aorta, vena cava inferior, pedículo renal derecho y a las arterias iliacas primitivas (signo de la aorta flotante). Mide aproximadamente 18 cm CC x 20 cm DT x 10 cm AP. Uretero-hidronefrosis bilateral, evidenciando la vía urinaria izquierda la presencia de un catéter doble J. La pelvis renal derecha mide 28 mm AP y 20 mm AP, la izquierda. En cuerpo pancreático se destaca una lesión expansiva, sólida de márgenes irregulares, la cual mide 3,6 cm CC x 4,2 cm DT x 4,4 cm AP, que toma contacto en 180° con la arteria con la arteria esplénica.

- **TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis con contraste EV:** en segmento VII se observa una imagen heterogénea, de márgenes irregulares, con focos de realce nodular, periférico y discontinuo, que homogeniza en fase tardia y mide 32 mm DT x 31 mm AP, compatible con hemangioma. Marcada dilatación de la vena iliaca primitiva izquierda, la cual alcanza los 27 mm de diámetro. Riñón derecho se visualiza disminuido de tamaño, mide 58 mm CC, presenta excreción de contraste tardia ya visualizada en fase precontraste endovenoso. Opacificación del uréter distal derecho a la masa retroperitoneal. Riñón izquierdo aumentado de tamaño con respecto a su contralateral, mide 124 mm CC, el cual hipoconcentra la sustancia de contraste y una dilatación pielocalicial ya descrita previamente. Se observa catéter doble J con extremo distal en vejiga. En testículo derecho se destaca una imagen hipodensa, irregular que mide 15 mm x 12 mm.

- **MARCADORES TUMORALES:**

- **AFP:** 2.06 ng/ml (VN: 0.7 - 7.1).
- **CA 19.9:** 6.39 U/ml (VN: 0.6 - 39).
- **CEA:** 0.90 ng/ml (VN: 0.2 - 3.4).
- **HCG:** 125 mU/ml.

- **Doppler renal:** RIÑÓN DERECHO: No evaluado. RIÑÓN IZQUIERDO: Arteria renal no visualizada en todo su trayecto. Se observa disminución generalizada de la perfusión renal. Los vasos arcuatas visualizados, presentan IR de 0.67. Vena renal permeable.



Con estos hallazgos la hipertensión arterial se interpreta como secundaria a la compresión extrínseca de las arterias renales siendo esta la primera manifestación de la masa ocupante de espacio retroperitoneal.

Se recibe marcador tumoral HCG elevado. Se realizó orquiectomía derecha sin evidencia de células atípicas y biopsia guiada bajo TAC de masa retroperitoneal con diagnóstico final de seminoma extragonadal.

- **Anatomía patológica de testículo derecho:** se reconoce un foco de tejido conectivo esclerohialino de 2 cm de diámetro mayor que reemplaza a parte del parénquima testicular. Se visualizan vasos sanguíneos de pequeño calibre dispersos, aislados grupos de células de Leydig y focales calcificaciones distróficas. El resto del parénquima testicular muestra difusa atrofia de los túbulos seminíferos con reemplazo de todos ellos por tejido esclerohialino y presencia de numerosos cúmulos de células de Leydig. No se evidencian células atípicas. Se recomienda correlacionar dichos hallazgos con los antecedentes y clínica del paciente, así como posible estudio genético.
- **Anatomía patológica MOE retroperitoneal:** neoplasia pobremente diferenciada que se disponen en napas de células discohesivas. El material es apto para realizar técnicas de inmunohistoquímica.

- **Inmunohistoquímica:** Inmunofenotipo correspondiente a tumor germinal, más probablemente germinoma. Antígeno común leucocitario negativo, sinaptofisina negativo, SALL 4 positivo, citoqueratina (AE1/AE3) negativo, CD 30 (BER H2) negativo, fosfatasa alcalina positivo.

Inicia quimioterapia con esquema BEP (bleomicina, etopósido y cisplatino).

Ante hallazgos fenotípicos compatibles (talla alta y testículos pequeños) se sospecha Síndrome de Klinefelter, pendiente al momento los estudios genéticos.