

Hipernefroma: causa o coincidencia de insuficiencia renal crónica

Hipernefroma: cause or coincidence of chronic renal failure

Dr. Fernando Fernández Marichal,^I Dr. Rafael Pila Pérez,^{II} Dr. Rafael Pila Peláez,^{III}
Dra. Carmen Guerra Rodríguez^{IV}

- I. Especialista de I grado en Urología Jefe de Servicio de Urología del Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.
- II. Especialista de II grado en Medicina Interna. Profesor Titular
- III. Especialista de I grado en Medicina Interna Instructor.
- IV. Especialista de I grado en MGI. Policlínico Centro de Camagüey.

RESUMEN

Se presentó el caso de un paciente de 50 años portador de adenocarcinoma renal asociado a insuficiencia renal crónica. Se analizaron las características clínicas, medios diagnósticos y terapéuticos de este enfermo. Al mismo tiempo realizamos una revisión de las manifestaciones de esta entidad, fundamentalmente lo que respecta a la causa de la insuficiencia renal dada la rareza de esta presentación del cáncer renal.

DeCS: INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA; NEOPLASMAS RENALES; CARCINOMAS DE CÉLULAS RENALES.

ABSTRACT

A 50 years old patient, carrier of kidney adenocarcinoma associated with chronic renal failure, is presented. Epidemiologic, clinic, diagnostic and therapeutic characteristics about this patient are analyzed. At the same time we review manifestations of this entity, mainly in relation to the etiology of the renal failure due to the rareness of this presentation in renal cancer.

DeCS: KIDNEY FAILURE CHRONIC; KIDNEY NEOPLASMS; CARCINOMA RENAL CELL.

INTRODUCCIÓN

Es conocido que el cáncer de riñón, y en especial su variedad más frecuente el adenocarcinoma o hipernefroma presenta un comportamiento, biología y evolución, impredecibles y atípicos. No en vano se ha denominado el “Tumor del Internista”, ya que sus variadas manifestaciones paraneoplásicas imitan procesos muy variados y complejos.¹⁻³

Los tumores renales son responsables del 2-3 % de todos los tumores malignos en el hombre,⁴ el adenocarcinoma renal representa del 80-90 % de todas las neoplasias primarias del riñón.⁵

Su incidencia aumenta paralelamente con la edad, con un pico máximo de alrededor de los 60 años, afecta de dos a tres veces más al sexo masculino⁶ Ambos riñones son igualmente afectados y en alrededor de 1-18 % de los enfermos se encuentran lesiones bilaterales.⁷

No existen síntomas precoces y no es raro descubrir un tumor renal de manera accidental durante una intervención quirúrgica realizada por otras causas,⁸ o por estudios ecográficos como método de estudio “indiscriminado” de la afección abdominal, por lo cual se han descubierto muchos tumores renales incidentales, en pacientes asintomáticos en una proporción aproximada entre 40-50 % y en constante aumento.⁹ Esto ha hecho que la tasa de “ curaciones “ del cáncer renal haya aumentado notablemente, al poder aplicar el tratamiento precozmente. Se reporta que el 60 % de los tumores renales son diagnosticados de forma casual y en estadios curables.¹⁰ Por otro lado se han descrito casos de pacientes presuntamente curados, mediante una nefrectomía, que presentaron metástasis 25 ó 30 años después.¹¹

Hemos tenido la posibilidad de estudiar a un paciente relativamente joven con manifestaciones clínicas no graves del aparato genitourinario y que al realizar el estudio se trataba de un adenocarcinoma, acompañado de una insuficiencia renal crónica (IRC) que requirió tratamiento dialítico y en estos momentos continúa con el mismo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente de 50 años, masculino, negro, con el único antecedente de que hace más o menos 30 años presentó cólico nefrítico y que luego le repitió a los 10 años y no presentó otras manifestaciones clínicas de ningún tipo hasta hace seis meses que comenzó con astenia, anorexia y dolor lumbar discreto y al acudir a consulta se le constata hematuria y anemia por lo que es referido a nuestra sala para completar el estudio.

Examen físico

Paciente con afectación del estado general, palidez cutáneo mucosa.

A . Respiratorio: normal.

A . Cardiovascular.- Tonos cardíacos rítmicos y bien golpeados, T.A.130/80 mmHg, FC 96' .

Abdomen : doloroso discretamente a la palpación profunda en flanco derecho. Maniobras de Guyon y Glenar: se palpa masa tumoral en región lumbar derecha y no se pueden definir sus características.

Resto del examen físico normal.

Estudio de laboratorio:

Hb 90 gr/l, leucocitos $13.500 \times 10^9/l$ con diferencial normal, eritrosedimentación 153 mm/h, glicemia 3.2 mmol/l, creatinina 353 mmol/l, función hepática, enzimas e iones: normales, ácido úrico 560 mmol/l, fosfatasa alcalina 45 u/l, plaquetas $205 \times 10^9/l$, coagulación, sangramiento y tiempo de protrombina normales, ECG: normal. Radiografía del tórax: normal. Citoria: campos cubiertos por hematíes, proteinuria de 1.6 gr/l, proteínas totales 81gr/l, ecografía renal: riñones con aumento de la ecogenicidad del parénquima, hacia el polo superior del R.D. se aprecia " T " ecogénica homogénea de más o menos 120 X 110 mm, de contornos bien definidos, se observaron las estructuras colectoras de ese lado, así como litiasis de más o menos 7 mm en pelvis renal. Se realiza TAC que resultó compatible con proceso tumoral del riñón derecho. El paciente es sometido a tratamiento quirúrgico realizando nefrectomía total del R.D, se detectó un tumor de 15 cm aproximadamente (figuras 1 y 2) y cálculo de 8 cm.

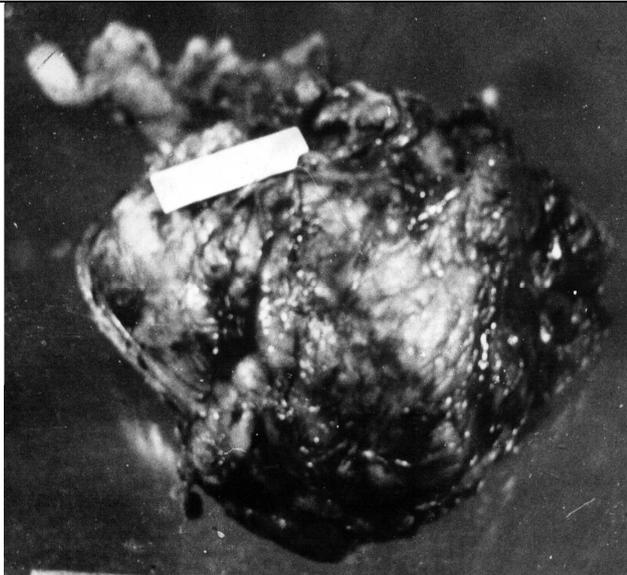


Fig.1. Características microscópicas del tumor después de su exéresis.

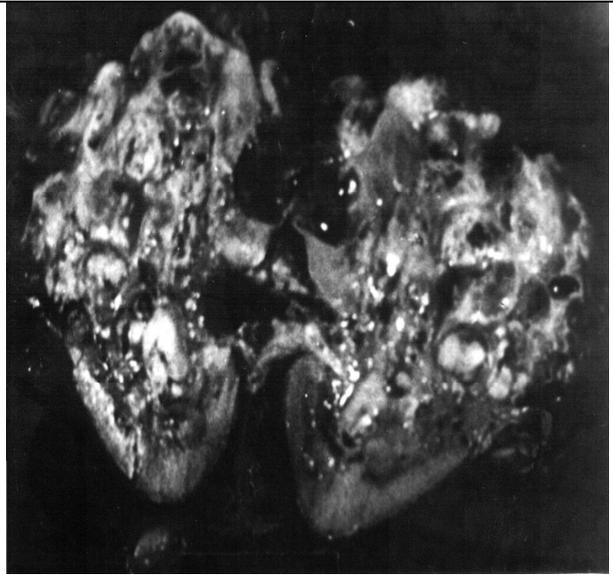


Fig 2. Corte Sagital del tumor donde se aprecian sus alteraciones.

Al examen histopatológico se trataba de un adenocarcinoma renal de células claras (figuras. 3 4).

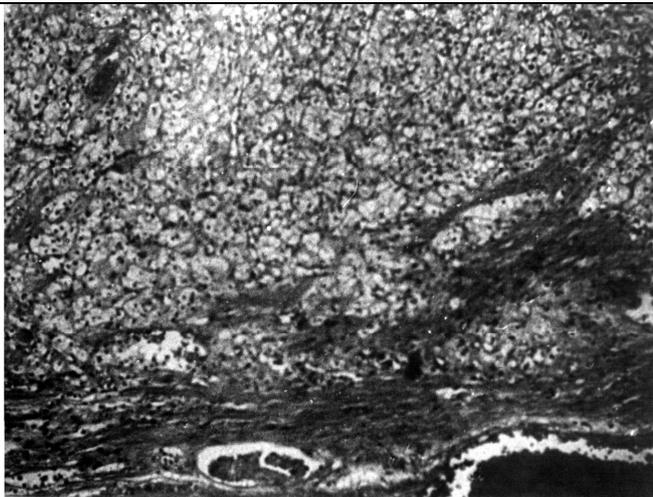


Fig 3. Histopatología: Adenocarcinoma renal de células claras con patrón predominantemente alveolar con compresión del Parénquima Renal adyacente. (H. y E 10 X 10).



Fig. 4 Histopatología: acercamiento con imagen en la que se observa la neoformación de canales vasculares alrededor del adenocarcinoma (H. y E 15 X 10).

Evolutivamente el paciente comenzó a elevar las cifras de azoados llegando a cifras de 900 – 1 200 mmol/l, posteriormente fue trasladado a la sala de Nefrología y sometido a

hemodiálisis; hasta el momento actual no ha presentando otras manifestaciones derivadas del carcinoma renal.

DISCUSIÓN

Aunque la causa del cáncer renal es desconocida está relacionada con el tabaquismo, la obesidad, la diabetes mellitus y el uso del dietilestilbestrol¹² y trastornos genéticos.¹³ Este paciente no presentaba antecedentes de ningún tipo de enfermedad, solamente los dos cólicos pieloureterales hace 20 y 10 años, respectivamente. En la actualidad acude a la consulta aquejado de un síndrome general con anemia y hematuria y es ingresado para su estudio.

En cuanto a la historia natural es conocido que el tumor es asintomático, mientras no invada la vía urinaria (hematuria), cree problemas de espacio (masa tumoral) o de lugar a algún síndrome paraneoplásico. Cuando se ha diseminado por vía linfática o venosa a otros órganos el pronóstico es muy malo en poco tiempo¹⁴ Esto, posiblemente, fue lo que le ocurrió a nuestro paciente, pues se trataba de un gran tumor que presentó hematuria y anemia posiblemente de forma tardía y no tenía metástasis en otros sitios.

La tríada clásica de hematuria, dolor lumbar y masa palpable en flanco ocurre solo en el 9 –14 % de todos los pacientes, es un hallazgo tardío en muchos enfermos como ocurrió en nuestro paciente,¹⁵ también se señala en etapas tardías de enfermedad metastásica.

La anemia suele ser normocítica y normocrómica con una frecuencia que oscila entre el 28 y 88 %, y su patogenia no está definitivamente aclarada. Así se invocan distintos mecanismos: hemorragias debido a las intensas hematurias, existencia de una hemolisina circulante y depresión de la eritropoyetina y de la médula ósea por acción de toxinas de origen renal o por invasión metastásica de la misma.³

Además de la posible repercusión de la amiloidosis sobre los riñones se han descrito dos cuadros: la existencia de una marcada proteinuria y la aparición de una nefritis perdedora de sal,⁹ lo cual no se constató en este enfermo.

La IRC es, a veces, producida en pacientes con enfermedad adquirida en riñones quísticos, y que subsecuentemente lleva a estos enfermos a sufrir de adenocarcinomas

renales como fue descrito por Li y Cols ¹⁶ en 250 casos de carcinoma renal y de los cuales 19 sufrieron de IRC (7.6 %), esto fue comprobado por *Takebayashi y Cols* ¹⁷, mediante la tomografía axial computarizada donde pacientes con IRC, sometidos a hemodiálisis presentaban adenocarcinomas renales en alrededor de un 10%. Sin embargo, otros estudios señalan a la IRC como consecuencia de adenocarcinoma renal¹⁸ y otros ¹⁹ refieren la relación de cálculos de oxalato de calcio con el tipo papilar de adenocarcinoma de riñón, como pudimos apreciar en este enfermo, aunque las cifras de calcio fueron normales en este caso.

En este paciente podemos pensar que se trata de una IRC por una glomerulopatía secundaria a un adenocarcinoma renal o una nefritis intersticial crónica por litiasis o una glomerulopatía segmentaria. El tratamiento de elección es la nefrectomía radical con remoción completa de la grasa perinefrítica, la glándula adrenal homolateral y fascia de Gerota ²⁰ como fue practicado a nuestro paciente. Aún no se conoce exactamente cual es el papel de la quimioterapia.¹⁻⁴

El pronóstico está influenciado por el estadio del tumor, el grado, el tipo histológico o el procedimiento quirúrgico empleado.^{7,15,20} Debido al carácter silente de esta neoplasia el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno son factores fundamentales en el pronóstico de estos pacientes.¹⁸

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Arbert J, Espuela Orgas R, Nogueras Gimeno M, Martínez Pérez E. Historia Natural del Cáncer de Riñón: Seguimiento Iconográfico. Arch Esp Urología 1998; 51(7):745-9.
2. Llopis B, Iranzo S, Boronat T. El dilema adenoma adenocarcinoma renal. Actas Urolog Esp 1997;6(4):255-8.
3. Díaz Placencia J, Sánchez Ferrer D, Rodríguez Espejo G, Calipy Abanto W. Adenocarcinoma Renal: Cuadro Clínico y Sobrevida. Oncología 1999; 9(7): 289 –96.
4. Pérez García F, Regadera Sejas F, Rodríguez Martínez J, Martínez Gómez F. Adenocarcinoma Renal Bilateral Sincrónico: Nuestra experiencia con la cirugía conservadora renal. Arch Esp Urol 1999;5(3):471 – 7.

5. Cheng W, Farow G, Zincke H. The Incidence of Multicentricity in Renal Carcinoma. *J Urol* 1997; 146(6): 1221-9.
6. Medina Pérez M, Valero Puerta J, Valpuesta Fernández I, Pérez Martín. Carcinoma renal pigmentado, rico en hemosiderina. *Arch Esp Urol* 2000; 53: 70-2.
7. Delahunt B, Eble J. Papillary Renal Cell Carcinoma: a clínico Pathologic and Immunohistochemical. *Med Pathol* 1999; 10: 537-43.
8. Morales Concepción J, Morales Aranegui A. Supervivencia extensa en un paciente operado en la infancia de un carcinoma renal. *Arch Esp Urol* 1999; 52(8): 991-4.
9. Algaba F, Moreno A, Trias I. Uropatología tumoral: Clasificación Morfológica, molecular, clínica. Barcelona: Ediciones Pulso; 1996. p. 113-26.
10. Klots L, Kulkarni C, Mills G. End Stage Renal disease serum contains a Specific renal cell Growth Factor. *J Urol* 1997; 145: 156-9.
11. Prati G, Saggin P, Boschiero L, Muolo A. Renal Adenocarcinoma With Lung Metastasis in adolescent. *Arch Esp Urol* 1997; 50(9): 1021-3.
12. Escribano Patiño G, Lledó García E, Moncada Iribarren I. Neoplasias malignas en receptores de un trasplante renal. *Arch Esp Urol* 1996; 40(4): 101-3.
13. Hugason M, Bigler S, Dickman K, Kovacs G. Renal cell carcinoma of end stage renal disease. *Mod Pathol* 1999; 12(6): 301-9.
14. Vicente Prados F, Tallada Buñuel M, Pastor J, Martínez Morcillo A. Adenocarcinoma renal con invasión de vena cava: estado actual de su diagnóstico y tratamiento mediante cavectomía total segmentaria. *Arch Esp Urol* 1998; 51: 35-41.
15. Hailot O, Lanson Y. Epidemiology and detection of renal cancer in adults. *Rev Prat*, 1998; 42(7); 1211-5.
16. Li M, Choy D, Yip S. Renal cell carcinoma in patients with chronic renal failure. *Ann Acad Med Singapore* 1999; 28: 512-5.
17. Takebayashi S, Hidai H, Chiba I, Irisawa M, Matsubara S. Renal cell carcinoma in acquired cystic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 2000; 136: 759-66.

18. Tsuchiya F, Kanno H, Mikata K, Kitami k, Noguchi R. Bilateral renal cell carcinoma in a patient with chronic renal failure: a case report. *Hin Kiy.* 1998; 44: 813-6.
19. Day S, Renshaw A. Extensive Calcium Oxalate Crystal deposition in papillary renal cell carcinoma: Report of two cases. *Arch Pathol Lab Med* 1998; 122: 260-3.
20. Vega Vega A, Gutiérrez Baños J, Martín García B, Hernández Rodríguez R, Portillo Martín J. Aproximación a los tumores renales menores de 3 cm. *Arch Esp Urol* 1997; 50: 27-31.

Recibido: 3 de enero de 2002

Aprobado: 9 de marzo de 2003

Dr. Fernando Fernández Marichal. Especialista de I grado en Urología Jefe de Servicio de Urología del Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.