

CASOS CLÍNICOS

Tumor renal y embarazo. Informe de un caso

Kidney tumor and pregnancy. Case report

Dr. Manuel Maurilio Basulto Barroso; Dr. Raúl Pérez Sarmiento; Dra. Yoandra Sánchez Casas; Dr. Carlos Alberto Valera Valero; Dr. Gonzalo Santos González Rodríguez

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se presentó el caso de una puérpera de 21 d con antecedentes de hematuria durante el embarazo, ingresó con dolor en flanco derecho intenso acompañado de hematuria macroscópica, a la exploración física se encontró palidez cutáneomucosa y tumoración abdominal localizada en flanco derecho, dolorosa y fija a planos profundos. El ultrasonido mostró un riñón derecho con masa hiperecogénica de 53 x 75 mm hacia polo inferior. El estudio tomográfico visualizó un proceso expansivo de densidad homogénea en igual localización, se realizó nefrectomía derecha subcapsular y la histología confirmó un liposarcoma con infiltración profunda en riñón. La asociación de cáncer y embarazo no es frecuente, por lo que el diagnóstico oportuno y el tratamiento óptimo son difíciles.

DeCS: NEOPLASMAS RENALES; EMBARAZO; LIPOSARCOMA

ABSTRACT

The case of a parturient of 21 d with antecedents of hematuria during pregnancy is presented. She was admitted with manifestations of intensive pain in right flank accompanied by macroscopic hematuria. It was found cutaneous-mucous paleness and abdominal tumor localized. In right flank painful and fixed in deep planes, at physical exploration. Ultrasonography showed a right kidney with hyperechogenic mass of 53 x 75 mm to inferior pole. Tomographic study displays an expansive process of homogeneous density in equal localization; right supcasular nephrectomy was carried out and histology confirmed that it was a liposarcoma with deep infiltration in kidney. The association of cancer and pregnancy is not common so, convenient diagnosis and optimum treatment is difficult.

DeCS: KIDNEY NEOPLASMS; PREGNANCY; LIPOSARCOMA

INTRODUCCIÓN

En el riñón pueden aparecer tumores benignos y malignos como ocurre en el tracto urinario, con excepción del oncocitoma los tumores benignos son hallazgos casuales de necropsias que rara vez tienen significación clínica. Por otro lado, los tumores malignos son de gran importancia clínica y es necesario prestarle una adecuada atención,¹ ya que constituyen el 20 % de todas las muertes provocadas por cáncer en el hombre y el 4 % en las mujeres. El más frecuente de ellos es el carcinoma de células renales, representa el 85 % de cánceres renales del adulto y del 1 al 3 % de todos los cánceres viscerales, le siguen el tumor de Wilms que aparece en niños y finalmente los tumores uroteliales de los cálices y la pelvis.¹

Los signos urológicos son los más frecuentes, aunque un tercio de los pacientes son asintomáticos o poseen síntomas vagos.² La hematuria suele presentarse en el 60 % de los casos y constituye el signo esencial, se presenta de forma tardía, además es total, indolora (salvo oclusión de vías por coágulo), macroscópica, espontánea y de abundancia variable. Es consecuencia de la invasión tumoral de cálices, pelvis o vasos intrarrenales.

Aunque son muchos los trastornos capaces de provocarla, sin dolor, cuando sucede hay indicios de padecer cáncer y se deben realizar todos los esfuerzos posibles para determinar su causa. Otros signos urológicos de importancia lo constituyen el dolor renal y tumor palpable. ²

Existen signos extraurológicos, como la fiebre, síntomas gastroduodenales, alteraciones hematológicas, endocrinas, cardiovasculares y neurológicas.

Si se tiene en cuenta que el período fértil de la mujer transcurre en una etapa de la vida en que las enfermedades oncológicas son poco frecuentes, se puede afirmar que la asociación de cáncer y embarazo es un hecho poco común. En el ámbito mundial se informa un caso entre más de 1000 a 3000 embarazos. ³

El objetivo de nuestra investigación es presentar un caso de liposarcoma infiltrante en riñón en el transcurso del embarazo.

CASO CLÍNICO

Mujer de 21 años, negra, nulípara, ama de casa, con hábitos tóxicos negativos y antecedentes patológicos familiares de padre diabético. Presentó un aborto espontáneo hace aproximadamente un año, además de padecer de anemia que requirió hemoterapia.

Durante el embarazo asistió a consultas prenatales con ganancia adecuada de peso, estudios semiológicos normales y hematocrito bajo. Ingresó en tres ocasiones en el Hospital Materno Provincial de Camagüey. El primer ingreso fue por dolor abdominal, se diagnosticó infección urinaria. A las 33 semanas fue necesario su ingreso nuevamente por infección urinaria y hematuria macroscópica, se observó en un estudio imagenológico (ultrasonografía) aumento de la ecogenicidad G- II con disminución de la relación córtico-medular y dilatación ligera de estructuras colectoras sin visualización de elementos obstructivos en el riñón derecho. Se realizó creatinina, eritrosedimentación, leucograma, proteinuria en 24 h, así como coagulogramas que resultaron normales; la cituria y el conteo de Addis confirmaron hematuria. Tuvo interconsulta con Nefrología y se sugirió concluir estudios de hematuria posterior a la gestación, fue dada de alta por mejoría clínica. Reingresó nuevamente a las 37 semanas por síntomas de parto y hematuria macroscópica, posteriormente se realizó inducción

oxitócica del parto por fase latente prolongada y producto de un parto eutócico tuvo un bebé de 3000 g de peso y conteo Apgar de 9/9. A los 21 d de parida fue necesario ingresarla en la sala de Terapia Intensiva de Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech por presentar dolor de flanco derecho, en ocasiones de gran intensidad, sin irradiación, acompañado de hematuria macroscópica, con estabilidad hemodinámica, pero con disminución del hematocrito y gran toma del estado general. A la exploración física como datos positivos se encontró palidez de piel y mucosas y una tumoración abdominal localizada en flanco derecho de aproximadamente 12 cm, muy dolorosa a la palpación y fija a planos profundos con bordes bien definidos. El ultrasonido mostró un riñón derecho aumentado de tamaño de 136 x 75 mm con parénquima de 18 mm. Hacia polo inferior se observó una masa hiperecogénica intracapsular de 53 x 75 mm formando parte del mismo, que al parecer comprometió la pelvis provocando estasis del sistema colector (Fig. 1).



Fig. 1 Riñón derecho aumentado de tamaño (136 x 75 mm) con parénquima de 18mm. Se observa una masa hiperecogénica de 53 x 75 mm intracapsular

El riñón izquierdo tenía caracteres normales. En el derecho la tomografía visualizó un extenso proceso expansivo en polo inferior de 9.8 x 11.1 cm que infiltraba el parénquima y el tejido adiposo vecino, de aspecto hipodenso e irregular con poco realce a la administración del contraste (Figs. 2 A-C).

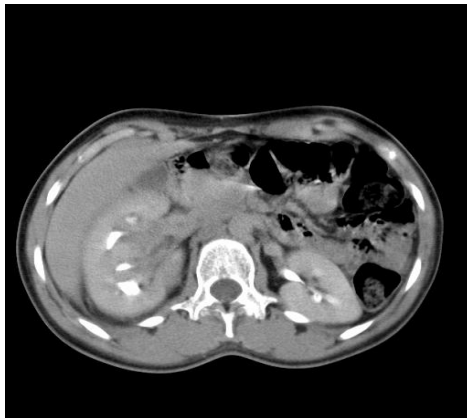


Fig. 2A Imagen tomográfica renal contrastada. Corte coronal polo inferior del riñón derecho

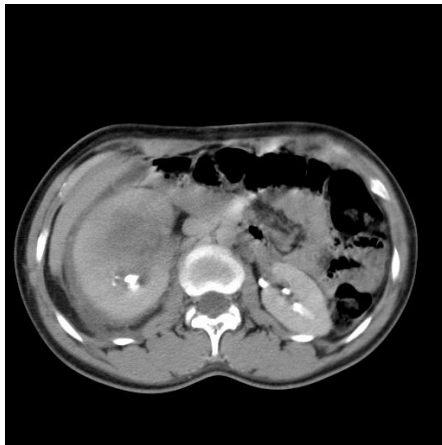


Fig. 2B



Fig. 2C

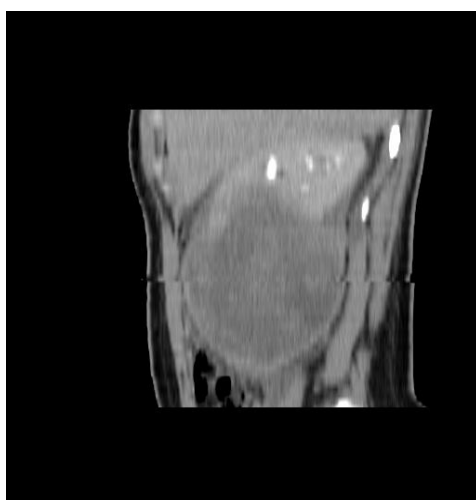


Fig. 3. Imagen tomográfica renal. Reconstrucción sagital

Los exámenes de laboratorio mostraron anemia de 90 g/l, leucograma normal, coagulograma normal, glicemia 3.9 mmol/l, creatinina 89.7 mmol/l. Se indicó laparotomía exploradora, se halló riñón derecho tumoral con infiltración del peritoneo y se realizó nefrectomía derecha subcapsular. La histología mostró un tumor mesenquimal maligno marcadamente pleomorfo a nivel de retroperitoneo que infiltraba profundamente al riñón, compatible con liposarcoma.

DISCUSIÓN

El cáncer ginecológico asociado al embarazo, dígase cervicouterino y ovárico, es el más frecuente seguido por el de tiroides. La asociación de tumor renal y embarazo se presenta con menor frecuencia que las anteriores. El sistema inmunológico posee la habilidad de reconocer antígenos no propios y detectar células con potencial maligno que pueden surgir de una mutación somática, mecanismos no comprendidos y falta en la respuesta inmune indudablemente juegan un papel muy importante en el desarrollo de las neoplasias en el humano.³ El embarazo y el cáncer son dos eventos que el sistema inmunológico de defensa de la mujer los reconoce como propios sin ser agredidos.⁴ Durante el embarazo normal se ha comprobado que el sistema inmunológico de la madre se encuentra alterado, desafortunadamente, los mecanismos que aseguran la sobrevivencia del feto durante este período

presumiblemente favorecen el proceso del cáncer. Sin embargo, el embarazo parece reaccionar exclusivamente a los antígenos fetales.³

La afección maligna puede surgir durante el embarazo o los cambios fisiológicos de él, e inducir síntomas en un tumor primeramente asintomático.^{4,5} Por lo poco usual de la asociación de cáncer y embarazo es difícil el diagnóstico oportuno y un óptimo tratamiento, además el binomio producto-madre exagera la complejidad en la toma de decisiones.

La experiencia en su manejo se obtiene a través de los casos informados en la literatura médica y de los contados casos que se presentan en nuestra práctica, medicina basada en la evidencia.^{6,7,8}

Existe además una limitada experiencia con los tratamientos quirúrgicos y con base en la quimioterapia, las dosis ideales y la farmacocinética de estos agentes, así como su potencial efecto genético a largo plazo, tanto para la madre como para el feto, son prácticamente desconocidos.^{9,10}

En un por ciento elevado de los casos los resultados no son satisfactorios, con el elevado costo que ocasiona esta enfermedad para ambos, por lo que es de vital importancia un diagnóstico precoz de estas neoplasias, además el embarazo no debe ser un factor para diferir un diagnóstico y un tratamiento oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García M. Semiología obstétrica y ginecológica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1993. p. 66-9.
2. Allona A. Clínica del adenocarcinoma renal: revisión de conjunto. Cirugía Española 1996;5:53-8
3. Jolles CJ. Gynecologic cancer associated with pregnancy. Semin Oncol 1989;16:417-24.
4. Gliether N, Depper B, Cocher J. Common aspects of immunologic tolerance in pregnancy and malignancy. Obstet Gynecol 1979;4:335.
5. Hass JF. Pregnancy in association with a newly diagnosed cancer a population based on epidemiologic assessment. Int J Cancer 1998;34:229.
6. Novoa A, Padilla E, Bocelio C. Cáncer cervicouterino y embarazo. Ginecol Obstet Mex 1999;67:565-70.

7. Gómez-Pedrosa RJ, Tenomo GF, Granda C, Novoa JA. Cáncer y embarazo. Ginecol Obstet Mex 1996;63(suppl 1):22.
8. Aleen HH, Nisker J. A chemotherapy during pregnancy in cancer pregnancy. New York:Futura;1986. p. 69-102.
9. Novoa Vargas A. Cáncer germinal de ovario y embarazo. Ginecol Obstet Mex 2001;69:282-87.
10. Creasman T, William. New gynecologic cancer staying. Gynecologic Oncology 1995;58: 157-8.

Recibido: 15 de abril de 2004

Aceptado: 20 de mayo de 2004

Dr. Manuel Maurilio Basulto Barroso. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Terapia Intensiva. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba.