

Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley" Manzanillo. Granma

El tumor del internista. Reporte de un caso

The internist's tumour. Case report

Dr. Miguel A. Serra Valdés¹, Dra. Ana Herrera Galiano²

¹Especialista de 2do. Grado Medicina Interna. MsC. Profesor Auxiliar. Lacrete 462 apto 6. Santos Suárez. 10 de Octubre. Ciudad Habana. maserra@infomed.sld.cu

²Especialista de 2do. Grado Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Mártires de Viet Nam e/ Pedro Figueredo y Narciso López. Manzanillo. Granma.

RESUMEN

El hipernefroma, tumor de Grawits o tumor del internista por la variedad de formas clínicas que hoy podemos identificar y la diversidad de diagnósticos diferenciales, representa el 3 % de los cánceres en el adulto y del 90 al 95 % de los tumores malignos renales primarios. Casi siempre el diagnóstico es hecho por el internista. A propósito de un caso atendido en nuestra sala de clínica se realiza la presentación del mismo. Se precisan formas clínicas que deben tenerse en cuenta. A nuestro criterio la presentación de casos despierta el interés por el conocimiento en beneficio de su aplicación en nuestra práctica clínica diaria. Se acompaña de las imágenes de la TAC, momento operatorio e informe anatomopatológico.

Palabras claves: hipernefroma, tumores renales, tumor del internista, nefrectomía.

ABSTRACT

The hypernephroma, Grawits tumor or the internist's tumour for the variety of clinical forms that today we can identify and the diversity of differential diagnoses, it represents a 3 % of the cancers in the adult and about 90 to 95 % of the malignant renal primary tumours. It represents the 3 % of the cancers in the adult of 90 and to the 95 % of the malignant renal primary tumours. Almost always

diagnosis is made by the internist. The presentation of the same one comes true in relation to a case catered to at our clinics hall.. They need clinical forms than the doctor in the making and still the specialists must have in bill. To our opinion the presentation of cases is in the interest for the knowledge of doctors in benefit of the application in our practical daily clinic. Accompanies it an imagery of CAT, operative moment and an anatomopatologic report.

Key words: Hypernephroma, renal tumours, the internist's tumour, nephrectomy.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células renales, hipernefroma, tumor de Grawits o *tumor del internista* representa el 3 % de los cánceres del adulto y del 90 al 95 % de los tumores malignos renales primarios. Afecta más al hombre que la mujer en relación 2:1. Más frecuente a partir de los 50 años aunque se reporta en la literatura revisada casos a cualquier edad. Es un tumor maligno que metastiza precozmente (1-5). Causa: desconocida como en muchos cánceres. Se identifican factores de riesgo entre los cuales el tabaquismo está en el 30 % de los casos, historia familiar, quistes renales adquiridos en pacientes con tratamiento dialítico, uso excesivo de fenacetina, poliquistosis renal del adulto, exposición a contrastes radiopacos, asbesto, cadmio, derivados del petróleo, productos del curtido del cuero. Metastiza: ganglios linfáticos, pulmones, suprarrenales, hígado y huesos. Se origina: a partir de las células tubulares proximales dando como tipos celulares: células claras, granulosa y fusiformes; y como patrones histológicos: acinoso, papilar y sólido. Suele acompañarse de hipertensión si comprime el pedículo renal y produce isquemia del órgano.

Habitualmente se describe en la literatura que se presenta con una triada: hematuria, dolor y masa palpable; pero en la realidad muchas veces se presenta por las metástasis que produce precozmente en pulmones, huesos, hígado, ganglios linfáticos regionales y otras diversas localizaciones. (1-5). Diversidad de manifestaciones clínicas con diagnósticos diferenciales amplios, hoy a nuestra consideración profesional y académica podemos expresarlas en formas clínicas, por lo que ha sido llamado el tumor del internista:

Forma tumoral abdominal. Forma dolorosa lumboabdominal. Forma hematórica pura. Forma metastásica. Forma febril (FOD). Forma anémica. Forma general. Forma Poliglobúlica. Formas paraneoplásicas. Forma tromboembólica. Forma hipertensiva. Forma asintomática. Existen otras formas más raras (6-15)

Caso Clínico: R.O.F.P, de 59 años, masculino, blanco, campesino. Ingresa en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente " Celia Sánchez Manduley", Manzanillo, Provincia Granma, el 26-11-2008 remitido de su municipio por anemia severa y pérdida de peso, con abultamiento abdominal derecho no doloroso y fiebres inexplicables aisladas en los últimos días.

Examen físico: Palidez marcada cutáneo mucosa. Ap. Respiratorio: normal. Fr: 16 x min. Ap. Cardiovascular: normal. TA. 110-70 Fc: 92 x min. Abdomen: Asimetría por elevación del hemiabdomen derecho. Masa tumoral palpable grande de unos 15

cms. en su diámetro mayor vertical y de unos 8 cms. transverso desde el HD al Flanco del mismo lado, superficie irregular, consistencia dura, no dolorosa que tiene contacto lumbar y peloteo lo que hizo sospechar dependiente del riñón derecho.(Fig.1) TR: próstata algo aumentada de tamaño, lisa, consistencia fibroelástica, no dolorosa, grado I.



Fig.1 Examen del enfermo. Abultamiento de la región anterior derecha del abdomen.

Complementarios: Hto: 0,27 vol % Hb: 76 grs. x l. VSG: 45 mm. X h.. Glicemia: 4,3 mosm/l. Creatinina. 113 mosm/l. Serología N/R Orina: normal. Uratos: 272 mosm/l. Rx. Tórax PA: No alteraciones óseas ni de partes blandas. Área cardiaca normal. No lesiones pleuropulmonares.

US abdominal: imagen compleja tumoral que impresiona dependiente del RD y que mide 115 x 90 mm. RI sin alteraciones. Resto órganos sin alteraciones.

TAC abdomen 08-4730: masa de densidad variable que se proyecta en polo superior y cara anterior del riñón derecho extendiéndose hacia la pared anterior del abdomen con diámetro de unos 20 cms., aspecto poli lobulado, áreas de hemorragias y necrosis y calcificación central de 1 cm. Múltiples adenopatías latero aórticas y peri pancreáticas, la mayor de 37 mms. ID. Tumor renal con zonas de necrosis y hemorragias. (Figuras 2)

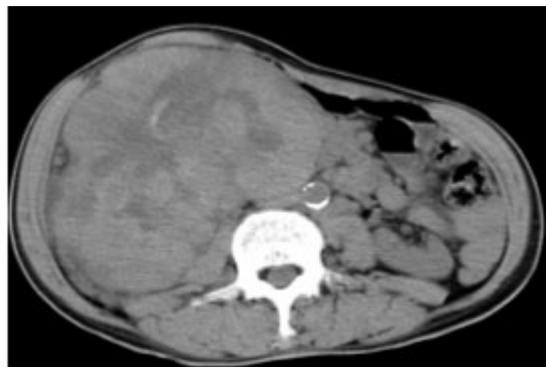


Fig. 2. Imágen de la TAC abdominal.

DISCUSIÓN

Se discute la tumoración abdominal con el colectivo clínico de la sala y el de Urología. Evidentemente por la localización del tumor, el contacto lumbar y peloteo

Se trata de riñón derecho. Se descarta los tumores de colon derecho y ángulo hepático del colon, se descarta dependencia de vesícula, se descarta la hidronefrosis por obstáculo bajo por la clínica, el ultrasonido y la evidencia de la TAC. Los tumores de suprarrenales no alcanzan dimensiones tan grandes y además se acompañan de alteraciones endocrinas por las hormonas que se segregan en la misma. La anemia del paciente se hace dependiente de la neoplasia maligna planteada, así como episodios febriles aislados. Se concluye clínicamente como posible hipernefroma.

Conducta:

Se programa la operación por parte de Urología comprobándose en el acto quirúrgico la tumoración dependiente del riñón derecho realizándose nefrectomía. Evolucionó satisfactoriamente dándose el alta con tratamiento ambulatorio por onco-urología...

Informe de Anatomía patológica: B08-4346: Se recibe formación tumoral que mide 20 x 13 x 15 cms. Superficie multinodular de color grisáceo, consistencia elástica a los cortes. (Fig. 3) En los cortes superficie color blanco amarillento, áreas extensas de hemorragias. Ocupa los dos tercios superiores del riñón no infiltrando los uréteres ni vasos. Diagnóstico. Adenocarcinoma de células claras o hipernefroma, bien diferenciado, con áreas extensas de necrosis y hemorragias, así como de infiltrado inflamatorio crónico linfocitario ligero, que infiltra la cápsula y parénquima vecino. Vasos de neoformación.



Fig.3 Riñón derecho tumoral.
Pieza después de la nefrectomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Lawrence M. Tierner, Jr, Mc Phee Stephen J. y Papadakis Maxine A. Tumores primarios renales. En Diagnóstico clínico y tratamiento. 41 Ed. T-2, Manual Moderno. Méjico. , P: 845-48. 2006
2. Farreras Rozman. Tumores renales en su Tratado de Medicina Interna. 14 Ed. Harcourt. España. 2000. Versión electrónica

3. Mark H. Beers, MD. Carcinoma renal .En Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. 11 Ed. ELSEVIER, Madrid, España; P: 2267-69. 2007
4. Harrison ONLINE en español. Versión electrónica. The McGraw- Hill Companies. 2008. Disponible en:
<http://www.harrisonmedicina.com/search/searchResult.aspx?rootterm=hipernefro ma&rootID=15938&searchType=1>
5. Castiella Muruzábal, Tomás y Juan I. Pérez Calvo. Hipernefroma. Disponible en:
http://www.imagenmed.com/imagen_mes/2007/05_hipernefroma.html. Consultado 25 agosto 2010
6. Joya Seijo, M. D. et al . Sinistral portal hypertension with bleeding gastric varices as initial manifestation of renal-cell carcinoma. An. Med. Interna (Madrid) v.21 n.6 Madrid jun. 2004
7. Pinilla González, Rafael et al. Hipernefroma gigante: a propósito de un caso. Rev Cubana Cir [online]. 2008, vol.47, n.1
8. Paz Reyes Aramis, Sergio Marrero Halles, Jorge Luis Santana Pérez, Maria Isabel González Caba, Jorge Luis González González . Hipernefroma derecho. Presentación de un caso. MEDICIEGO, Vol 12 (2), 2006
9. Gonzales Bravo M, Pérez Rodriguez M, García Marrero M, Díaz Medina LA, de la Paz Pérez Y. Formas de presentación del hipernefroma renal [Sitio en Internet]. Disponible en: http://www.fcmafajardo.sld.cu/sev2002/trabajos/villa_clara/05_hipernefroma/carcinomarenal.html. Acceso mayo 2009
10. Carcinoma de células renales [Sitio en Internet]. Disponible en: URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/00516.htm>
Acceso mayo 2009
11. Diaz Peromingo JA, Saborido J, Sánchez Leira J, Iglesias M. Hipernefroma gigante: A propósito de un caso [Sitio en Internet]. Disponible en:
<http://www.meiga.info/meiga.asp?cap=1&mat1=11&mat=359did=505/2001/html>. Acceso mayo 2009
12. Álvarez Ardura M, Hernández Canas V, Morena Gallego JM. Oncocitoma renal gigante. Actas Urol Esp 2005; 29(8): 791-3.
13. University of Meryland, Medical Center. Carcinoma de células renales. [en línea] Disponible en: <http://www.umm.edu>. Consultado 25 agosto 2010.
14. University of Bonn, Medical Center. Cáncer de células renales. [en línea] Disponible en: <http://www.meb.uni-bonn.de/> Consultado 25 agosto 2010.
15. Sierra Verruga, B, J. Navarro Calzada, M. Sánchez Marteles, J. Navarro Gil. Hipernefroma sobre riñón en herradura. An. Med. Interna (Madrid) v.25 n.1 Madrid ene. 2008