

Hipernefroma derecho. Presentación de un caso. Right hypernephroma. Presentation of case.

Aramis Paz Reyes (1), Sergio Marrero Halles (2), Jorge Luis Santana Pérez (2), Maria Isabel González Coba (3), Jorge Luis González González (3)

Resumen

Se presentó un caso en el servicio de Nefrología del Hospital Provincial Antonio Luaces Iraola de la provincia de Ciego de Ávila, con manifestaciones atípicas y con pobre sintomatología, la paciente fue ingresada en el servicio de Urología de nuestro hospital por un período aproximado de siete días y se le realizó intervención quirúrgica (Nefrectomía derecha) sin complicaciones, posteriormente la paciente tuvo una evolución favorable y después de la extracción del órgano se envió la pieza al servicio de anatomía patológica para realizar estudio histopatológico. Exponemos las manifestaciones clínicas, los exámenes complementarios, incluyendo los estudios radiológicos contrastados y estudios histopatológicos para el diagnóstico de esta patología.

Palabras claves: HIPERNEFROMA, NEFRECTOMÍA.

1. Especialista de Primer Grado en Nefrología. Profesor Instructor.
2. Especialista de Primer Grado en Urología. Profesor Instructor.
3. Especialista de Primer Grado en Radiología. Profesor Instructor.

Introducción

En el riñón pueden aparecer tumores benignos y malignos. Los tumores malignos representan el 20% de todas las muertes provocadas por cáncer en el hombre y el 4% en mujeres.

Existen 4 tipos de Carcinomas Primarios que se producen en el riñón. Estos son: 1) Adenocarcinoma renal; 2) Nefroblastoma (Tumor de Wilms); 3) Sarcoma y 4) Tumores epiteliales de la pelvis renal. El más común es el adenocarcinoma renal (Hipernefroma). Este tumor representa el 90% de los carcinomas renales del adulto, del 2 al 3% de todos los procesos malignos y es responsable de aproximadamente 11 000 muertes debidas a cáncer por año (1).

El Hipernefroma tiene una incidencia máxima entre los 50 y 60 años de edad, con una mayor frecuencia en el sexo masculino (2), (3), (4).

La mayoría de los pacientes presentan hematuria macroscópica total y puede aparecer un cólico renal debido al paso de coágulos a través del uréter, el dolor lumbar se encuentra presente si el tumor es de gran tamaño, al examen físico el tumor no es habitualmente palpable. Los tumores pueden desarrollarse en cualquier parte de los riñones y es necesario que alcancen un volumen considerable para poder palparlos (5).

El 30% de los pacientes con este tumor presentan un crecimiento del mismo y manifestaciones clínicas que pueden ser variadas y hasta un 30% de los portadores de este estado patológico se diagnostican por síntomas y signos no urológicos por lo que en algunas ocasiones esta situación pone en tela de juicio la agudeza diagnóstica del médico (6), (7).

Desarrollo

Paciente N.P.R, blanca, femenina de 47 años de edad con antecedentes de salud, que desde hace aproximadamente 15 días comienza con un cuadro de dolor en fosa lumbar derecha de moderada intensidad, con características de ser punzante con irradiación hacia el flanco derecho, no otra sintomatología, no hematuria, no hipertensión arterial.

Al examen físico se constata ligero aumento de volumen del riñón derecho, riñón derecho palpable y ligeramente doloroso. Maniobra puño-percusión positiva.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

Hemoglobina: 145 g/l

Leucocitos 4.1×10^9 .
Eritrosedimentación: 10 mm.
Glicemia: 5.6 mmol / l
Creatinina: 63 mmol/l.
Urea: 3.2 mmol/l.
TGP: 30.7 unidades.
TGO: 25 unidades.
Calcio: 2.11 mmol/l.
Fósforo: 1.08 mmol/l.

Proteínas Totales: 78.7 g/l.
Albumina: 40.6 g/l.
Fosfatasa alcalina: 195 unidades.
Colesterol: 4.0 mmol/l.
Triglicéridos: 1.88 mmol/l.

HDL: 1.14.

ESTUDIOS DEL SEDIMENTO URINARIO.

Conteo de Addis 2 horas: negativo.
Proteinuria de 24 horas: negativa.
Urocultivo: negativo.

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS:

Ultrasonido abdominal: normal

Ultrasonido renal:

Riñón derecho: aumentado de tamaño observándose una tumoración hacia el polo inferior con medida aproximada de 7.1 x 5.8 cm ecogénica, redondeada, de bordes bien definidos, buen parénquima sin pielocaliectasia.

Riñón izquierdo: de tamaño normal con buen parénquima sin alteración del sistema excretor. No adenopatías paraaórticas.

Útero de tamaño normal, homogéneo. No alteraciones anexiales.

Urograma Descendente:

Se observa sombra renal derecha aumentada de tamaño hacia el polo inferior por una tumoración que mide aproximadamente de 8.5 x 8 cm. Silueta renal izquierda de tamaño normal no imagen de litiasis radioopaca.

Existe buena eliminación renal bilateral.

Pelvis ampular izquierda, compresión y desplazamiento del cáliz inferior derecho hacia arriba. No alteraciones ureterales ni pielocaliectasia. Vejiga normal.

Tomografía Axial Computarizada de Riñón:

Se realiza espiral tomográfico a ambos riñones observándose hacia el polo inferior del riñón derecho una tumoración hiperdensa redondeada que mide 62 x 63 mm la cual comprime el sistema excretor, bien delimitada, bordes regulares, no infiltra la fascia de Gerota. No adenopatías abdominales.

RESULTADOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

BIOPSIA RENAL:

Se recibe riñón derecho que mide 13 x 8 x 7 cms con un peso de 320 gramos; deformado, se cápsula con ligera dificultad; mostrando zonas de hemorragias en la superficie, así como nódulo en el polo inferior bien delimitado de color amarillo, de consistencia blanda que mide 6.8 cms, el resto del riñón muestra ligera dilatación de la pelvis, se recibe además fragmento de grasa que mide 8 cms, de ellas no se disecan ganglios.

Diagnóstico de anatomía patológica: Carcinoma de células renales.

DISCUSIÓN

Estamos frente a una paciente portadora de un carcinoma renal primario, que como podemos apreciar la paciente no ha tenido una sintomatología florida y los síntomas aparecen más bien de forma

solapada, no hay presencia de hematuria, ni existencia de anemia, que es lo que resulta lo llamativo del caso, unido al tamaño de la tumoración.

El tumor maligno del riñón o carcinoma renal es relativamente frecuente y constituye el 3% del total de cánceres en el hombre y el 85 % de todos los tumores renales (8), (9).

El carcinoma de células renales afecta alrededor de 3 personas por cada 10 000 habitantes y aparecen aproximadamente 31 000 casos nuevos por año en los Estados Unidos y alrededor de 12 000 personas en los Estados Unidos mueren por carcinoma de células renales (10).

Los adenocarcinomas, generalmente se originan en uno de los polos renales, en nuestro caso el tumor se localiza en el polo inferior del riñón derecho, conforme la neoplasia se extiende, comprime el tejido renal adyacente y desplaza los cálices, la pelvis y los vasos sanguíneos los cuales se deforman y tienden a rodear la masa tumoral. Es esta la característica que permite el diagnóstico urográfico (11).

Las manifestaciones clínicas urológicas más frecuentes son el tumor palpable, la hematuria y el dolor que generalmente aparece tardíamente. El dolor es el síntoma más común. Pueden aparecer manifestaciones sistémicas, metástasis reveladora y formas latentes.

Desde el punto de vista clínico el tumor renal se encuentra entre las neoplasias humanas de evolución menos predecible, pudiendo permanecer el paciente completamente asintomático con una tumoración voluminosa y sin embargo, en otras ocasiones es desde su diagnóstico, agresivo y destructor (12).

En el diagnóstico de esta entidad clínica, en la actualidad cobran gran valor el uso de métodos imagenológicos, por lo que es de interés recordar el comportamiento del ultrasonido y de la tomografía axial computarizada, con amplia utilización en este campo y a su vez es considerada de gran efectividad para la valoración del riñón no funcionante, para diferenciar quistes de tumores sólidos y para estadiar los hipernefomas (13).

Aproximadamente, el 25 al 50 % de los carcinomas de células renales metastiza en el hueso y se producen fundamentalmente por vía hematógena afectando también al hígado, el cerebro, y los pulmones, normalmente la mayoría de de las metástasis afectan la columna, costillas, pelvis y la parte proximal de los huesos.

El tratamiento de elección es la nefrectomía total, la radioterapia no es muy eficaz, al igual que la quimioterapia. Hay autores que empiezan con difosfonatos (14).

Abstract

A case was presented at the of Nephrology service of the "Dr. Antonio Luaces Iraola" provincial hospital of Ciego de Avila province , with atypical manifestations and with poor symptomatology, the patient was entered at the Urology service of our hospital for approximately one week period, and right nephrectomy was performed without complications, later the patient had a favorable evolution and after the extraction of the organ the specimen was sent to Pathology for the histopathological study. We expose the clinical manifestations, ancillary lab tests, including the contrasted radiological and histopathological studies for the diagnosis of this deaeases.

Conclusiones

Según la clínica, los complementarios, los estudios radiológicos y los resultados de anatomía patológica: se concluye que la paciente es portadora de un Hipernefroma Derecho y se decide realizar tratamiento quirúrgico (nefrectomía radical).

Después de haber concluido todo el estudio a la enferma se le realiza tratamiento quirúrgico (Nefrectomía derecha) y la paciente tiene una evolución favorable durante la intervención quirúrgica y el post operatorio. Actualmente la paciente lleva 12 meses de haber sido intervenida quirúrgicamente y se encuentra con buen estado general y asintomática.

Referencias Bibliograficas

1. Brosman SA. Tumores del riñón y del tracto urinario. En: Massry SG, Glassock J, eds. Nefrología. La Habana: Editorial científico-Técnica; 1985.p. 934-77.
2. Diaz Peromingo JA, Saborido J, Sánchez Leira J, Iglesias M. Hipernefroma gigante: A propósito de un caso [SitioenInternet]. Disponible en: <http://www.meiga.info/meiga.asp?cap=1&mat1=11&mat=359did=505/2001/html>.

3. Chamorro Mera C. El caso radiológico. Rev Mex Radiol. [Publicación periódica en línea] 2000. [citada 2006 may 12]. Se encuentra en: URL: <http://www.redalic.uaemex.mx/redalic/SRC/inicio/Otr Art Aut.jsp?Cve Art>.
4. Merck S. Tumores y cánceres de los riñones y de las vías urinarias [Sitio en Internet]. Disponible en: http://www.msd.es/publicaciones/m_merck_hogar/seccion_11/seccion_11_132.html. Acceso 12 mayo 2006
5. Oliech JS. Clinical presentation and manayament of renal carcinoma East Afr Med J 1998; 75(10): 594-7.
6. Yip SK, Cheng WS, Tan BS, Li MK, Foo KT. Partial nephrectomy for renal tumour: the Singapore General Hospital experience. JR Coll Surg Edenb 1999; 44 (3):156-60.
7. Godley PA, Stichcombe TE. Renal cell carcinoma. Curr opin. Oncol 1999; 11(3):213-7.
8. Robson CJ, Churchill BM, Anderson W. The result of radical nephretomy for renal cell carcinoma. J Urol 1969; 101:297.
9. Gonzales Bravo M, Pérez Rodriguez M, García Marrero M, Díaz Medina LA, de la Paz Pérez Y. Formas de presentación del hipernefoma renal [Sitio en Internet]. Disponible en: http://www.fcmfajardo.sld.cu/sev2002/trabajos/villa_clara_hipernefoma/carcinomarenal.html. Acceso 12 mayo 2006.
10. University of Marylan Medical Center. Carcinoma de células renales. [Sitio en Internet]. Disponible en: URL: http://www.umm.edu/esp_ency/article_poo516htm. Acceso 12 mayo 2006.
11. Chow WH, Devesa SS, Warren JL, Fraumeni JF Jr. Rising incidence of renal cell cancer in the USA. Jama 1999; 281(17):1628-31
12. Carcinoma de células renales [Sitio en Internet]. Disponible en: URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/00516.htm>. Acceso 12 mayo 2006.
13. Baltaci S, Orchan D, Tulunay O, Gogus O. Influence of tumor stage, size, grade, histological cell type. J Urol 2000; 164 (1):36-9.
14. Pérez Renin N. Hipernefoma. Temas de actualización. Disponible en: URL: <http://www.samiapp.org.ar/temadeactualización/hipernefoma.asp>. Acceso 12 mayo 2006.

Anexos

Urograma Descendente



Fig 1: Se observa aumento de tamaño del riñón derecho, con respecto al riñón izquierdo, con una tumoración en el polo inferior del riñón derecho.



Fig 2: Nefrectomía derecha. Presencia de tumoración a nivel del polo inferior