



Síndromes paraneoplásicos y cáncer renal. Presentación de 2 casos

Gaspar Alberto Motta-Ramírez,* Tatiana Cabrera-Aleksandrova,* Ecohqui Velázquez-Martínez,†
Felipe Urbina-De la Vega,§ Enrique Herrera-Ascencio,§ Marcos Velasco^{II}

CASO 1

Paciente femenino de 77 años de edad, que inicia su padecimiento un mes antes con cuadro gripal, otalgia derecha, fiebre no cuantificada, hiporexia e hipodinamia; lleva 3 días con malestar general asociado con sintomatología bronquial, y 2 días antes de su ingreso presenta coluria y posterior acolia, acompañada de artralgias y mialgias, refiriendo náuseas preprandiales. A la exploración física se observa con tinte icterico en

tegumentos. En sus estudios de laboratorio se encuentra con fosfatasa alcalina 411, gammaglutamil transpeptidasa 779, DHL 765, CPK 24, amilasa 44, TGO 201, TGP 145 y bilirrubinas totales 5.0: BI 0.6, BD 4.4. Con la identificación clínica de síndrome icterico de origen a determinar, el médico tratante indica la realización de un ultrasonido abdominal que muestra esteatosis hepática de tipo geográfico y hepatomegalia (Figura 1a), así como la identificación incidental de masa renal izquierda (Figura 1b).



Figuras 1 a y b.

* Departamento de Radiología e Imagen.

† Interno de Pregrado del Departamento de Medicina Interna.

§ Departamento de Cirugía General.

^{II} Residente de Cirugía.

Hospital Ángeles Pedregal.

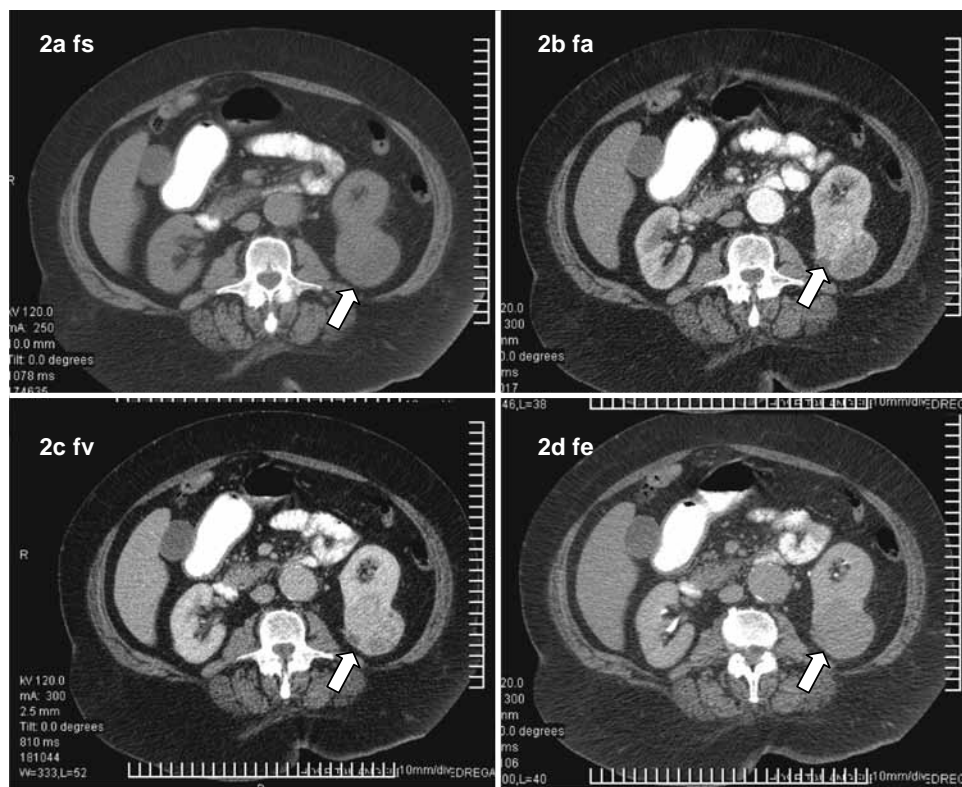
Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta-Ramírez.

Departamento de Radiología e Imagen. Hospital Ángeles Pedregal.

Camino a Santa Teresa Núm. 1055, Col. Héroes de Padierna, 10700 México, D.F. Correo electrónico: gamottar@yahoo.com.mx

Aceptado: 22-01-2010.



Figuras 2 a, b, c y d.

Ello motivó la realización de estudio multifásico (fs, fase simple; fa, fase arterial; fv, fase venosa y fe, fase excretora) de TC abdominopélvica – UroTC (Figuras 2 a, b, c y d) que definió la lesión ocupativa hipervascular renal izquierda como causal del síndrome icterico –síndrome de Stauffer.

La paciente fue manejada quirúrgicamente, realizándose nefrectomía izquierda con resultado histopatológico de carcinoma de células renales de tipo cromóforo grado nuclear 2, en región media, intracapsular, con 5 cm de diámetro mayor.

CASO 2

Paciente femenino de 88 años que un día antes de su ingreso inicia con ataque al estado general, astenia, adinamia, cefalea y dolor abdominal intensidad 3-6/10, localización en hemiabdomen inferior y de predominio en fosas ilíacas acompañado de evacuación color rojo vinoso, por lo que acude a valoración por médico tratante. A la exploración física destaca descontrol hipertensivo T/A 210/110 mmHg, soplo sistólico II/IV, foco aórtico irradiado a cuello; fondo de ojo normal; abdomen globoso, distendido, doloroso a la palpación de marco cólico izquierdo, sin datos de irritación peritoneal. En proyección radiológica de tórax se observa

ensanchamiento mediastinal y parénquima pulmonar sin alteraciones. Es manejada en hospitalización, se inicia manejo con soluciones cristaloides, TAI, calcioantagonistas, IECAs y bloqueadores alfa con mejoría en control de T/A, se realiza preparación de colon y el 27/X se realiza colonoscopia en el que se reporta íleon terminal sin sangre, divertículos aislados de ciego, colon ascendente y transversal con escasa sangre fresca; múltiples divertículos en colon descendente y sigmoideos con sangre fresca importante, sin lograr evidenciar sitio de sangrado activo. Se realiza ecocardiograma TT en el que se reporta HCVI, disfunción diastólica y dilatación aneurismática de aorta torácica con diámetro mayor de 40 mm al nivel del cayado.

Se realiza angioTC toracoabdominopélvico en la que se descarta disección aórtica, y se evidencia como hallazgo incidental tumor renal derecho, hipervascular (Figura 3a fa) como causal de la crisis hipertensiva –síndrome paraneoplásico– en la reconstrucción multiplanar, fase venosa (Figuras 3b, c y d) sagital, coronal y axial respectivamente se delimita afección venosa y en la fase excretora (Figura 3e fe) se observa extensión al sistema pielocalicial.

Se plantea abordaje quirúrgico de tumoración renal, además de colectomía total con inicio de profilaxis antimicrobiana con ertapenem + metronidazol.

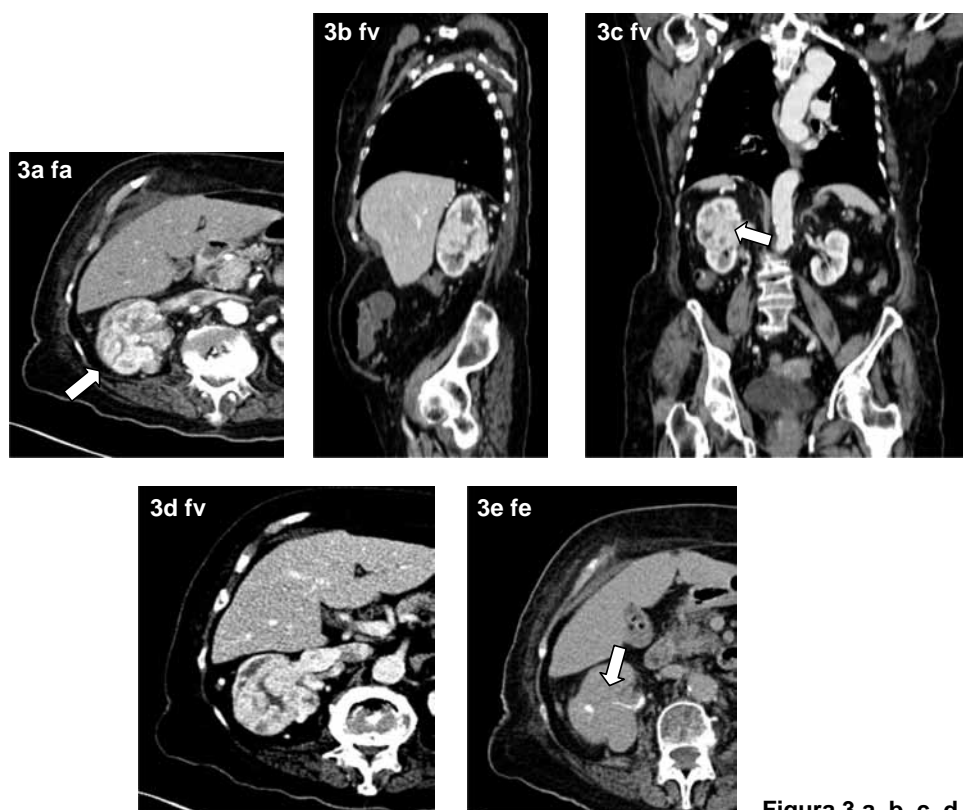


Figura 3 a, b, c, d, y e.

Bajo anestesia general balanceada, se realiza colectomía total + ileorrectoanastomosis + colecistectomía y nefrectomía total derecha; tiempo quirúrgico de 03:30 h, sangrado cuantificado en 300 mL; con resultado histopatológico de carcinoma de células renales de tipo claras grado nuclear 2, en región media, intracapsular, de 4 cm de diámetro mayor, con extensión al sistema pielocalicial e infiltración a la vena renal.

Síndromes paraneoplásicos y cáncer renal¹⁻³

Los procesos tumorales pueden de manera ocasional mostrar su primera manifestación con una sintomatología inespecífica, no originada por metástasis, sino del denominado tipo paraneoplásico, que puede aparecer incluso años antes de los síntomas habituales del tumor. Este tipo de manifestaciones iniciales pueden ser la clave del descubrimiento de una neoplasia oculta.

El cáncer de riñón, adenocarcinoma renal, tumor de células renales, o hipernefoma renal, es el tumor sólido renal más frecuente del adulto. Representa el 2.3% de todos los tumores malignos y es más frecuente en varones que en mujeres (3:1), sobre todo entre los 50 y 70 años, siendo la edad promedio 65 años.

Por otra parte, este cáncer puede incrementar la secreción de algunas hormonas producidas por el riñón, y causar los llamados síndromes paraneoplásicos. Algunos de ellos son:

- Hipercalcemia por hiperparatiroidismo ectópico (aumento de PTH).
- Policitemia (aumento de glóbulos rojos) por aumento de la secreción de eritropoyetina.
- Hipertensión arterial por liberación de renina o compresión de la arteria renal.
- Síndrome de Cushing por secreción ectópica de ACTH.
- Galactorrea por liberación ectópica de prolactina.
- Ginecomastia por secreción ectópica de gonadotropina.

Pero el síndrome paraneoplásico más frecuente es la afección hepática (**síndrome de Stauffer**), con ictericia, hepatoesplenomegalia (aumento de bazo e hígado), fosfatasa alcalina elevada, hipoprotrombinemia y elevación de alfa2 globulina y haptoglobina, cuadro que se presenta en el 15% de los pacientes.

No obstante, en la actualidad alrededor del 40% del cáncer de riñón se diagnostica incidentalmente al efectuar un ultrasonido abdominal. Estos casos presentan, en general, una mejor supervivencia (85% a los 5 años) por tratarse de tumores de pequeño volumen y, por tanto, de bajo estadio.

REFERENCIAS

1. Giannakos G, Papanicolaou X, Trafalis D, Michaelidis I, Margaritis G y Christofilakis C. Stauffer's syndrome: Variant associated with renal cell carcinoma. *Int J Urol* 2005; 12(8): 757-9.
2. Gold PJ, Fefer A, Thompson JA. Paraneoplastic manifestations of renal cell carcinoma. *Semin Urol Oncol* 1996; 14(4): 216-22.
3. Joudi FN. Maximizing clinical information obtained by CT. *Urol Clin North Am* 2006; 33: 287-300.