

Leiomioma renal gigante benigno en una paciente inmunocompetente

Eduardo Fernández Campuzano,* María Elena Hernández Bribiesca,* María Gómez-Palacio Schjetnan,* Rubén Drijanski Morgenstern,* Rafael Padilla Longoria,** José Luis Criales Cortés***

RESUMEN

El leiomioma es una tumoración del músculo liso que se manifiesta en pocas ocasiones en el riñón. Se comunica un caso de leiomioma renal gigante en una mujer de 39 años de edad. La paciente acudió a valoración por padecer dolor abdominal. Se le realizó nefrectomía radical.

Palabras clave: leiomioma renal, tumor de músculo liso, neoplasias renales.

ABSTRACT

Leiomyoma is a smooth muscle tumor with very few cases reported on the kidney. The present is a case of a giant renal leiomyoma in a 39-year-old female patient who came for evaluation of abdominal pain and who was managed by radical nephrectomy.

Key words: renal leiomyoma, smooth-muscle tumor, renal neoplasia.

Las tumoraciones renales pueden tener su origen en diversos tejidos, como la corteza (oncocitoma, adenoma), los tejidos derivados del mesénquima, el parénquima o la cápsula. La diferenciación entre tumoraciones benignas y malignas suele ser difícil y las neoplasias con comportamiento benigno pueden tener implicaciones clínicas (dolor o hemorragias) cuando alcanzan gran tamaño.¹

Entre las tumoraciones renales benignas más frecuentes se encuentran los quistes renales simples (70%), los adenomas renales corticales (7-23%), los oncocitomas (3-7%), los adenomas metanéfricos (5%), los angiomiolipomas (1-5%), los nefromas multiloculados quísticos y los leiomiomas (< 1-5%).^{1,2}

Aquí se comunica uno de los pocos leiomiomas renales reportados en la bibliografía. Es uno de los

todavía menos frecuentes casos de neoplasia de grandes dimensiones.

INFORME DEL CASO

Una mujer de 39 años de edad, originaria y residente de Querétaro, comenzó a padecer dolor abdominal en el epigastrio, de tipo cólico y con intensidad 8/10, además de náusea y vómito de aspecto gastrobiliar, siete días antes de su internamiento. Dos meses antes, había manifestado astenia y adinamia que se exacerbaron en la última semana. Acudió con un médico de su localidad, quien le solicitó un ultrasonido abdominal que evidenció una masa abdominal. La paciente decidió, entonces, acudir a consulta externa para su estudio y tratamiento.

Entre sus antecedentes destacó el hecho de que un tío materno tuvo un diagnóstico de cáncer de esófago y su padre padeció diabetes mellitus. En los datos ginecoobstétricos, la paciente tuvo la menarquia a los 15 años, con fecha de última menstruación 21 días previos al internamiento; sus ciclos menstruales eran regulares (de 28 x 3) y la última citología cervical, efectuada tres años antes del ingreso, reportó todo normal. La paciente era eumenorreica, había tenido tres embarazos, dos partos y una cesárea ocho años

* Medicina interna.

** Cirugía oncológica. American British Cowdray Medical Center IAP.

*** Radiología. Grupo CT Scanner del Sur.

Correspondencia: Dr. Eduardo Fernández Campuzano. Playa Mocambo 501, colonia Militar Marte, CP 08830, México, DF. Tels.: 5634-2259 y 044 55 5419-3828, fax: 5633-2986.

E-mail: fecamped@yahoo.com

Recibido: junio, 2007. Aceptado: diciembre, 2007.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.actualizacionmedica.com.mx

antes del ingreso. Declaró haber sido fumadora durante la juventud (consumo de tres cigarrillos al día) y tener convivencia doméstica con canarios y un perro. Negó viajes recientes. Dijo tener una alimentación sin restricciones, con adecuada calidad y cantidad hasta las semanas recientes. Era sedentaria. No refirió antecedentes médicos, alérgicos, traumáticos o transfusionales.

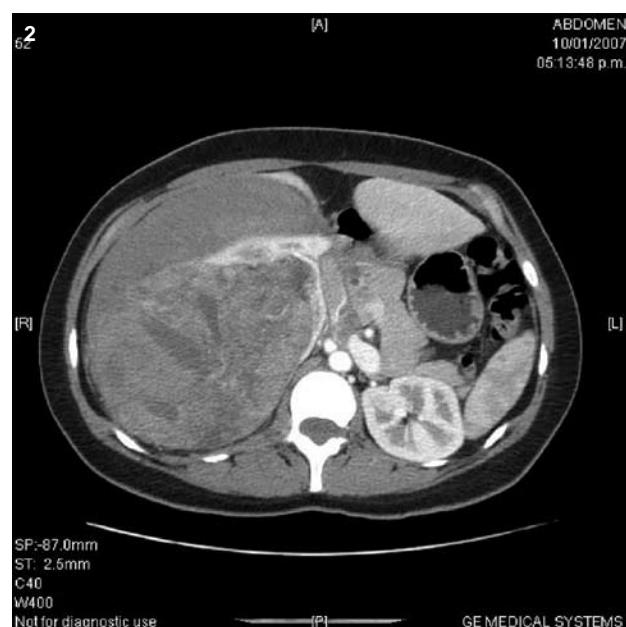
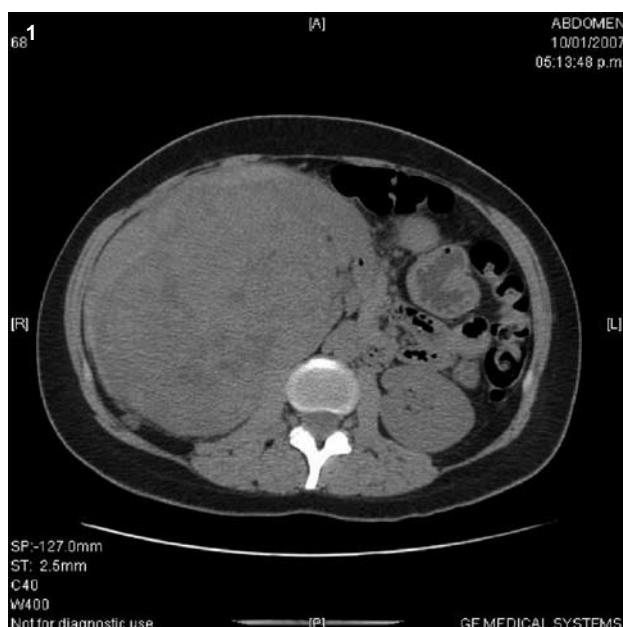
Tenía una tensión arterial de 110/70, frecuencia cardíaca de 110/min, frecuencia respiratoria de 18/min, temperatura de 38 °C. Mostraba palidez de tegumentos. En los pulmones se encontró un murmullo vesicular sin fenómenos agregados. Los ruidos cardíacos se percibieron ritmicos con una adecuada intensidad, tono y frecuencia de 110/min. En el abdomen sentía un dolor difuso a la palpación, con predominio en los cuadrantes derechos. Había un rebote positivo en el hipocondrio derecho. Se palpó una masa de aproximadamente 20 cm de diámetro en el hipocondrio y el flanco derechos. Giordano derecho positivo. El tacto rectal reportó normalidad. En las extremidades había adecuado estado neurovascular. No se percibieron adenomegalias.

La radiografía de tórax reportó todo normal y el electrocardiograma no mostró alteraciones. Una

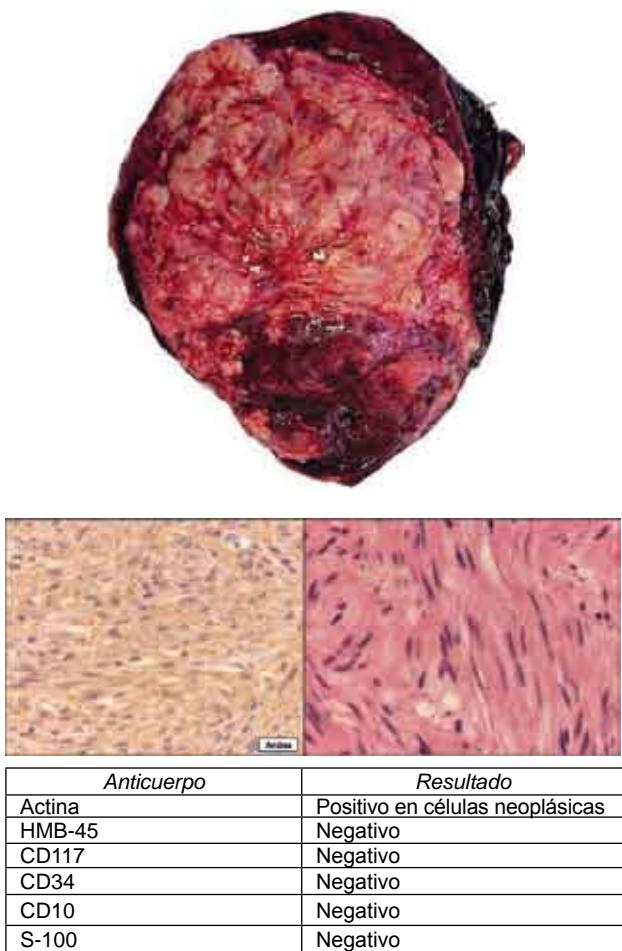
tomografía axial computada de abdomen evidenció una masa a expensas del riñón derecho, de aproximadamente 11 x 17 cm, con densidades de 16 a 42 unidades Hounsfield (UH) en su parte central, mismas que tenían una captación de 63 a 74 UH en la porción perirrenal. En este estudio se encontró un incremento discreto del tamaño de los ganglios linfáticos en la porción anterior a la aorta, así como en los adyacentes a la arteria iliaca primitiva derecha. Se descubrió líquido libre en el fondo del saco posterior (figuras 1 y 2).

Los exámenes de laboratorio reportaron una hemoglobina de 10.8 mg/dL, con hematocrito de 32.5%, leucocitos de $12.6 \times 10^3/\mu\text{L}$, con 78% de neutrófilos y 12% de linfocitos. La velocidad de sedimentación globular fue de 35 milímetros por segundo; la concentración de sodio fue de 139 mEq, el potasio de 4 mEq, calcio de 9.3, fósforo de 3.7, glucosa de 105 mg/dL, creatinina de 0.7 mg/dL y nitrógeno ureico en sangre de 2.7 mg/dL. Las pruebas de función tiroidea, el perfil de lípidos, el coagulograma y las pruebas de función hepática reportaron datos normales.

En el examen general de orina se encontraron eritrocitos (10-15 por campo) y leucocitos (25-35 por campo) con nitritos negativos.



Figuras 1 y 2. Fondo del saco posterior.



Figuras 3 y 4. Aspecto de la glándula suprarrenal.

Se realizó una laparotomía para resecar la tumoración mediante nefrectomía derecha. El sangrado durante el procedimiento fue de 1,500 cc, por lo cual se transfundieron cinco paquetes globulares durante el perioperatorio.

En el posoperatorio inmediato la paciente fue trasladada a la unidad de terapia intensiva para su vigilancia. Se le prescribieron soluciones cristaloides altas y dopamina a dos gammas. La paciente tuvo parámetros hemodinámicos y uresis adecuados. Se le aplicaron analgésicos combinados y se dio cobertura antimicrobiana con ceftriaxona.

El diagnóstico histológico determinó que la neoplasia era un leiomioma renal de 21.1 x 17 cm, con necrosis y coagulación segmentaria, cavitación y hemorragia reciente, además de hematoma subcap-

sular. Había trombosis reciente multifocal y focos microscópicos de supuración sin neoplasia en los bordes quirúrgicos. En el aspecto histológico, no se encontró actividad mitótica ni atipia, tampoco invasión vascular. La glándula suprarrenal no mostró datos de malignidad (figuras 3 y 4).

DISCUSIÓN

El leiomioma es una tumoración de músculo liso muy rara en el riñón, con menos de 100 casos reportados en pacientes inmunocompetentes. Se le ha asociado con el virus Epstein Barr en pacientes inmunocomprometidos.³ La incidencia de los leiomiomas renales en las autopsias es hasta de 5.2%, pero estos tumores tienen escasas manifestaciones clínicas.^{3,4}

Existen dos tipos de leiomiomas renales: las neoplasias múltiples pequeñas (generalmente menores a 2 cm) que surgen de las regiones corticales o subcorticales, y otro subtipo con tumoraciones grandes y únicas. De los 30 leiomiomas renales reportados hasta 1990, el tamaño promedio fue de 12.3 cm, siendo de 57 cm el de mayor tamaño.^{1,3}

Los leiomiomas renales clínicamente significativos ocurren más frecuentemente en mujeres blancas (66 a 77%) y son más frecuentes entre la segunda y la quinta décadas de la vida. No hay diferencia en la manifestación en uno u otro riñón.

Las lesiones pueden ser sólidas, quísticas o mixtas; pueden ser hipo o hipervasculares y tener calcificaciones (20%). En 74% de los casos afectan el polo inferior renal y en 17% pueden tener hemorragias. Desde el punto de vista histológico, estas tumoraciones se distinguen por fascículos de músculo liso que carecen de pleomorfismos, figuras mitóticas o hiperchromatismo y que tiñen de forma positiva para desmina y caldesmona (marcadores de músculo liso).^{2,4}

En el aspecto ultrasonográfico, los leiomiomas se manifiestan comúnmente como lesiones hipoeicas sólidas, pero no es posible, con los métodos actuales de imagen, diferenciarlos fácilmente de las neoplasias con comportamiento maligno.⁴⁻⁷ Debido a esto, el diagnóstico preoperatorio no es fácil y el tratamiento es, generalmente, la nefrectomía radical.⁶⁻⁹

CONCLUSIONES

El leiomioma es una rara tumoración de músculo liso en el riñón, con muy pocos casos reportados en la bibliografía. El presente caso tiene importancia porque, si bien este tipo de tumoraciones es poco frecuente, es todavía más raro descubrirlo sin mayores implicaciones clínicas a pesar de sus dimensiones.

REFERENCIAS

1. Walsh PC. Campbell's urology. 8th ed. New York: Saunders-Elsevier, 2002;pp:2672-722.
2. Romero FR, Kohanim S, Lima G, Permpongkosol S. Leiomyomas of the kidney: emphasis on conservative diagnosis and treatment. *Urology* 2005;66:1319e1-1319e3.
3. Dionne JM, Carter JE, Douglas M, MacNeily AE, et al. Renal leiomyoma associated with Epstein-Barr virus in a pediatric transplant patient. *American Journal of Kidney Diseases* 2005;46:351-5.
4. Sameer Rege A, Madiwale C, Omprakash R. Giant leiomyoma of the renal capsule presenting with hematuria: a case report and review. *The Internet Journal of Urology* 2004;2(1).
5. Paspulati RM, Bhatt S. Sonography in benign and malignant renal masses. *Radiol Clin North Am* 2006;44(6):787-803.
6. Gómez Pérez L. Leiomioma de pelvis renal. *Actas Urol Esp* 2006;30(6):641-3.
7. Mak CW. Renal capsular leiomyoma: report of a case with unusual CT appearance. *Acta Radiol* 2006;47(7):752-4.
8. García A. Leiomioma renal: reporte de caso. *Arch Esp Urol* 2006;59(1):81-4.
9. Nagar AM, Raut AA, Narlawar RS. Giant renal capsular leiomyoma: study of two cases. *Br J Radiol* 2004;77(923):957-8.