



253/63 - HIPERNEFROMA, EL TUMOR SILENCIOSO

A. Varo Seva^a, R. Noguera Martos^a, R. Box Davó^b, Á. Villegas Sevilla^b, M. Pastor Grande^b, C. Beltrá Payá^c, M. Aguayo Romero^c, A. Pacilla Sáez^c, E. Priori Luna^d y J. Palacios Valero^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Babel. Alicante. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Florida. Alicante. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Vicente 1. Alicante. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Blas. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años con que sufre accidente laboral hace tres meses, con traumatismo en pie izquierdo que le obliga a utilizar muletas. Acude por dolor en región femoral derecha que atribuye al apoyo, pero que se intensifica con el tiempo.

Exploración y pruebas complementarias: Dolor a la palpación de región femoral distal derecha, palpándose masa de consistencia dura de 7 cm. Analítica de sangre y orina anodinas. Eco y TAC óseo: masa endomedular en diáfisis femoral derecha. Desde Medicina Interna (se deriva allí para estudio) se solicitan: RMN MID: masa de 5 × 2 × 3 en diáfisis femoral derecha. Ocupa la totalidad de la médula, rompe la cortical y contacta con vasto intermedio. TAC toraco-abdomino-pélvico: dos imágenes nodulares pulmonares en LMD compatibles con metástasis. Masa sólida de 6,2 × 8,6 que depende de polo superior de riñón izquierdo compatible con hipernefroma. BAG masa renal: Neoplasia de células claras.

Juicio clínico: Carcinoma renal de células claras con metástasis pulmonares y óseas.

Diagnóstico diferencial: Tumor óseo primario versus metástasis ósea.

Comentario final: El hipernefroma constituye el 85% de las neoplasias primarias renales. Muchos pacientes pueden permanecer asintomáticos hasta que la enfermedad está extendida, siendo aproximadamente el 25%. Cuando se presentan, los síntomas más comunes son hematuria, masa abdominal, dolor abdominal y pérdida de peso. Actualmente, hay un mayor número de pacientes asintomáticos en el momento del diagnóstico, lo que parece deberse a un aumento de procedimientos radiológicos por otros motivos; siendo el diagnóstico de hipernefroma un hallazgo incidental. En cuanto al tratamiento, aunque lo más efectivo es la nefrectomía, actualmente se han desarrollado fármacos tales como el VEGF y el PDGF, implicados en la angiogénesis. Muchos de estos agentes han demostrado actividad significativa en ensayos clínicos, especialmente el sunitinib, en el tratamiento de primera línea en pacientes con cáncer renal avanzado, y representan un avance sustancial en el tratamiento de esta enfermedad. La probabilidad de curación está directamente relacionada con el estadio o el grado de diseminación del tumor en el momento del diagnóstico. Cuando hay metástasis a distancia, la supervivencia de esta enfermedad es precaria.

Bibliografía

1. Garnick MB. Primary neoplasms of the kidney. En: Brady HR, Wilcox CS, eds. Therapy in Nephrology and Hypertension: A Companion to Brenner and Rector's the Kidney. WB Saunders, Philadelphia, 1998.
2. Skinner DG, Colvin RB, Vermillion CD, et al. Diagnosis and management of renal cell carcinoma. A clinical and pathologic study of 309 cases. *Cancer*. 1971;28:1165.
3. Trigo JM, Bellmunt J. Current strategies in the treatment of renal-cell cancer: targeted therapies. *Med Clin*. 2008;130:380-92.
4. Sene AP, Hunt L, McMahon RF, et al. Renal carcinoma in patients undergoing nephrectomy: analysis of survival and prognostic factors. *Br J Urol*. 1992;70(2):125-34.

Palabras clave: Carcinoma renal de células claras. Epidemiología. Síntomas. Tratamiento.