



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



## 347/2169 - SÍNDROME DE STAUFFER COMO DEBUT DE ADENOCARCINOMA RENAL EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

M. Martínez Guillén<sup>a</sup>, D. Corona Mata<sup>b</sup>, M. Durán Martínez<sup>c</sup> y M. Durán Serantes<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Sector Sur. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 73 años. DM tipo 2 insulino dependiente, Retinopatía diabética no proliferativa. Insuficiencia renal crónica moderada (Creat 1,1 con FG 77), HTA, obesidad. Consulta por control analítico anual de su diabetes. Al recibir resultados se detecta elevación de colemia (GGT 158 y fosfatasa alcalina 135). En la anamnesis no indica ningún dato sugerente de hepatopatía, no es bebedor y no ha presentado clínica compatible con cólicos biliares, no ictericia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ecografía abdominal: se detecta masa renal sólida de 52 mm en riñón izquierdo, completándose estudio con TAC de contraste donde se confirma masa bien delimitada de 55 mm en tercio medio de riñón izquierdo.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome paraneoplásico secundario a adenocarcinoma renal: síndrome de Stauffer.

**Diagnóstico diferencial:** Colestasis. Esteatosis hepática en enfermo obeso con síndrome metabólico.

**Comentario final:** Se realiza nefrectomía radical izquierda laparoscópica y tras ella anatomía patológica: carcinoma renal de células claras grado 3, pT1b. El síndrome de Stauffer es un síndrome paraneoplásico asociado fundamentalmente al carcinoma de células renales. Se caracteriza por elevación de la fosfatasa alcalina, la eritrosedimentación y la gamma glutamil transferasa sin infiltración neoplásica del hígado. Se asocia con la producción tumoral de citocinas, especialmente de interleukina-6 por las células neoplásicas. El carcinoma de células renales se asocia, con una prevalencia de más del 20%, a síndromes paraneoplásicos, los cuales pueden preceder al diagnóstico del tumor primario. Tras la nefrectomía a los 3 meses se normalizaron la GGT y FA en este paciente. Los médicos deberíamos reconocer la existencia de síndromes paraneoplásicos como manifestación de neoplasias comunes y su tendencia a la remisión con el tratamiento del tumor al cual acompañan, especialmente en el cáncer de riñón, donde la tríada clásica de hematuria, poliglobulia y dolor difícilmente se encuentre de inicio para orientar al diagnóstico.

### Bibliografía

1. Saintigny P, Spano JP, Tcherakian F, et al. Non-metastatic intrahepatic cholestasis associated with bronchial adenocarcinoma. *Ann Med Interne (Paris)*. 2003;154:171-5.
2. Dourakis SP, Sinani C, Deutsch M, et al. Cholestatic jaundice as a paraneoplastic manifestation of renal cell carcinoma. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1997;9(3):311-4.

**Palabras clave:** Síndrome de Stauffer. Carcinoma renal.