

Hipernefroma, a propósito de tres casos

Sr. Director: El hipernefroma supone el 85% de los tumores malignos primarios del riñón. Constituye el 2% de las neoplasias malignas y su incidencia es creciente, quizás por la mejoría en los métodos diagnósticos. Es algo más frecuente en varones.

Al presentar estos tres casos las similitudes son dispepsia, cansancio y pérdida de peso. Las diferencias son la edad de las dos mujeres y el dolor en una de ellas; solo el varón presentó hematuria. Los tres casos fueron remitidos a Medicina Interna desde el centro de salud, y posteriormente a Urología, donde la nefrectomía total confirmó el diagnóstico de hipernefroma. De esta forma, la colaboración entre niveles asistenciales resultó efectiva.

El caso 1 se trata de una mujer de 65 años, alérgica a la penicilina, que presentaba indigestión, pérdida de apetito, pérdida de 6 kg de peso y dolor en la región dorsal inferior izquierda de la espalda desde hacía unos dos meses. En la exploración los datos más destacados fueron: palidez cutánea y dolor selectivo al presionar la zona dorsal inferior izquierda. En la analítica los hallazgos fueron: hemáties 4,84 mill/ml, Hb 11,90 g/dl, hematocrito 38,2%, volumen corpuscular medio (VCM) 79 fl, HCM 24,5 pg, velocidad de sedimentación globular (VSG) 52 mm (en la primera hora) y 81 mm (en la segunda hora) y en el proteinograma alfa 2 globulina 17,9%, en lo que respecta a la sangre. En la orina se encontraron leucocitos de 20 a 40 por campo y hemáties 1 a 3 por campo.

A la vista de la pérdida de peso y de los hallazgos analíticos se solicitó radiografía de tórax, que resultó ser normal, y una ecografía abdominal que mostró una masa re-

nal izquierda (fig. 1). La tomografía axial computarizada (TAC) abdominal confirmó el hallazgo, remitiéndose a Urología para tratamiento quirúrgico.

El caso 2 es el de una mujer de 39 años que presentaba cansancio, mareos, pérdida de unos 10 kg de peso y ardores desde hacía 4 meses. La exploración mostró palidez de piel y mucosas sin otros hallazgos. En la analítica destacaba: hemáties 3,89 mill/ml, Hb 8,33 g/dl, hematocrito 27,5%, VCM 70,7 fl, HCM 21,4 pg, plaquetas 709.000 mil/ml, VSG 91 mm (en la primera hora) y fibrinógeno 949 mg/dl.

Dada la naturaleza de los síntomas de pérdida de peso y la notable anemia se solicitó inicialmente un estudio digestivo (gastroduodenal baritado y colonoscopia), que no mostró alteraciones. Posteriormente se realizó radiografía de tórax, que resultó normal, y una ecografía abdominal. Esta última detecta una neoformación renal derecha originada en la porción antero superior (diámetro de 8,9 cm) con necrosis intratumoral, hallazgos confirmados por la TAC. Se remitió al urólogo, quien practicaría nefrectomía radical derecha.

El caso 3 lo ocupa un varón de 64 años, que presentó hematuria en una ocasión sin dolor ni fiebre. Ante la normalidad de la exploración y el buen estado general se le realizó una ecografía, con el único hallazgo de una imagen sugestiva de litiasis pielocalicial derecha. Como en los siguientes dos meses se hicieron patentes un notable cansancio, pérdida de peso y molestias gástricas se le reevaluó nuevamente. En la exploración física no había cambios relevantes, pero en la analítica sí: hemáties 4,0 mill/ml, VSG 70 mm (en la primera hora) y fibrinógeno 500 mg/dl. Ante la pérdida de peso y estos hallazgos se optó por realizar una radiografía de tórax (que fue normal) y repetir la ecografía. En ella se apreció una masa en el riñón izquierdo, que la TAC abdominal confirmó como sugestiva de hipernefroma. Se remitió al urólogo, que practicó nefrectomía izquierda.

El carcinoma de células renales es el tipo más común de cáncer renal en los adultos. Afecta alrededor de 3 de cada 10.000 personas, lo que implica aproximadamente 32.000 nuevos casos por año en Estados Unidos. Es más frecuente en personas entre 50 y 70 años de edad, y afecta generalmente a los hombres¹; no se conoce con exactitud su causa.

Entre los factores de riesgo se incluyen: tabaquismo, factores genéticos, antecedentes familiares de la enfermedad, diálisis y la enfermedad de von Hippel-Lindau^{1,2}.

El primer síntoma generalmente es la presencia de sangre en la orina. Alrededor de un tercio de los pacientes presentan diseminación de la enfermedad (metástasis) al momento del diagnóstico. Otros síntomas posibles son: dolor en los flancos, dolor de espalda, dolor abdominal, pérdida involuntaria de peso (más del 5% del peso corporal),



Figura 1. En el tercio superior del riñón izquierdo se aprecia una masa de 9,5 cm de diámetro con una gran zona anecoica central (necrosis), hallazgo relacionado con neoplasia renal izquierda.

agrandamiento de un testículo y del abdomen. El examen físico puede mostrar palidez y la palpación del abdomen puede revelar una masa o el agrandamiento de un órgano, especialmente del riñón o del hígado. Los hombres pueden presentar un varicocele testicular^{2,3}.

Los exámenes de laboratorio útiles son el hemograma, el análisis de orina y el examen citológico urinario, las pruebas de función hepática, calcio sérico y fosfatasa alcalina.

Las técnicas de imagen útiles son: ecografía, pielografía intravenosa (PIV) y arteriografía (puede mostrar una masa en el hígado), resonancia magnética nuclear (RMN, puede determinar si el cáncer se ha diseminado a alguno de los vasos sanguíneos vecinos y si se puede extirpar quirúrgicamente), radiografía de tórax y gammagrafía ósea^{2,3}.

En cuanto al tratamiento se recomienda la extirpación quirúrgica de todo el riñón o parte de él (nefrectomía). Este proceso puede incluir la extirpación de la vejiga, de los tejidos circundantes o de los ganglios linfáticos. La radioterapia generalmente no es eficaz en el tratamiento del carcinoma de células renales. En algunos casos los tratamientos hormonales pueden reducir el crecimiento del tumor. Los medicamentos, como interferón alfa e interleucina han sido eficaces en la reducción del crecimiento de algunos carcinomas de células renales, incluso algunos que se habían diseminado⁴⁻⁶. En diciembre de 2005 la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos aprobó un nuevo tipo de fármaco, llamado Nexavar, para adultos con carcinoma de células renales avanzado⁷. El fármaco funciona restringiendo el aporte de sangre al tumor. En algunos casos se puede recurrir a la quimioterapia, pero es probable que no se logre una curación completa, a menos que se pueda extirpar todo el cáncer con una intervención quirúrgica.

El pronóstico varía dependiendo del grado de metástasis. La tasa de supervivencia a los 5 años es del 60 al 75% si el tumor está en las primeras etapas y no se ha diseminado más allá del riñón. Si éste se ha propagado a los ganglios linfáticos la tasa de supervivencia a los 5 años es del 5 al 15% y, en caso de diseminación a otros órganos, dicha tasa es de menos de un 5%^{8,9}.

FB. HERMO MOSQUEIRA^a, B. GAREA CAO^b,
J.C. DÍAZ SANTIAGO^b Y V.M. MOSQUERA BRAÑAS^b

^aC.E. Ramón y Cajal y Hospital Clínico de Madrid. España.

^bCentro de Salud Mallos. Ventorrillo EAP y PAC (Urgencias). Sada. Sergas. A Coruña. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khong HT, Bates S. Renal cancer. En: Abraham J, Allegra CJ, editors. Handbook of clinical Oncology (Bethesda). Philadelphia: Lippincott-Williams and Wilkins; 2001. p. 145-53.
2. Linehan WM, Zbar B, Bates SE, Zelefsky M, Yang JC. Cancer of the kidney and ureter. En: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA, editors. Cancer: Principles and practice of Oncology. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001. p. 1362-96.
3. Esteban E, Fernández JM, Herrero A, Jiménez A. Hipernefroma (carcinoma de células renales). *Medicine*;2001;58:3085-91.
4. Negrier S, Escudier B, Lasset CH, Douillard JY, Savary J, Cheveraux C, et al. Recombinant human interleukin 2, recombinant human interferon alfa-2a, or both in metastatic renal-cell carcinoma. *N Engl J Med*. 1998;338:1272-8.

5. Esteban E, Puertas J, Fra J, Estrada E, Vieitez JA, Fernández JL, et al. Interleukin-2 based home therapy in advanced renal cell cancer. *Oncología*. 2001;24:17-20.
6. Yang JC, Rosenberg SA. An ongoing prospective randomized comparison of Interleukin-2 regimens for the treatment of metastatic renal cell cancer. *Cancer J Sci Amm*. 1997;3:579-84.
7. US Food and Drug Administration. FDA Approves New Treatment for Advanced Kidney Cancer. Rockville, MD: National Press Office;2005. Press Release. p. 5-107.
8. Motzer RJ, Mazumdar M, Bacik K, Berg W, Amsterdam A, Ferrara J. Survival and prognostic stratification of 670 patients with advanced renal cell carcinoma. *J Clin Oncol*. 1999;17:2530-40.
9. Sene AP, Hunt L, McMahon RF, Carroll NM. Renal carcinoma in patients undergoing nephrectomy: analysis of survival and prognostic factors. *Br J Urol*. 1992;70:125-34.