

HOSPITAL CLINICOQUIRURGICO DOCENTE "Dr. SALVADOR ALLENDE"

## Hipernefroma. Revisión. Estadística

Por los Dres.:

MARIO RODRIGUEZ MORRIS\*, MIGUEL ANGEL CANETTI PUEBLA\*\*, PABLO CALDERON PEÑALVE\*\*\* y  
CARIDAD PEREZ GONZALEZ\*\*\*\*

Rodríguez Morris, M. y otros. *Hipernefroma. Revisión. Estadística.*

Realizamos una revisión de los casos diagnosticados histológicamente como afectados de hipernefroma, durante los años 1980-1982, en el hospital docente "Dr. Salvador Allende", dirigida a estudiar su frecuencia, distribución por grupos de edad, sexo, color de la piel, síntomas y signos presentes en el momento de la consulta e ingreso y resultado de los exámenes complementarios. Nuestros hallazgos corroboraron, en general, lo reportado habitualmente en la literatura en cuanto a los caracteres de este tumor.

### INTRODUCCION

Los tumores malignos del riñón son relativamente frecuentes en nuestro medio.<sup>1</sup> El hipernefroma ha sido llamado el tumor del internista,<sup>2</sup> por lo variado de sus síntomas y por lo difícil que a veces resulta su diagnóstico. Puede permanecer asintomático y en ocasiones se comprueba cuando da metástasis; en otras, puede alcanzar volumen masivo sin ofrecer síntomas.

Los tumores malignos primitivos del riñón se originan en las células tubulares (hipernefroma), tejido conectivo (sarcoma) y embrionarias (Wilms). A todos se les llama, recientemente, carcinoma renal.

Fue *Birshch-Hirschfeld*, quien denominó a este tipo de tumor, en 1882, hipernefroma o hipernefroide, basándose en la descripción hecha por *Grawitz*.<sup>3</sup>

---

\* Especialista de I grado en medicina interna. Hospital clinicoquirúrgico "Dr. Salvador Allende"

\*\* Profesor de Medicina Interna: (Auxiliar). Vicedirector docente. Hospital clinicoquirúrgico docente "Dr. Salvador Allende".

\*\*\* Instructor de Medicina Interna. Hospital clinicoquirúrgico docente "Dr. Salvador Allende".

\*\*\*\* Especialista de I grado en laboratorio clínico. Hospital materno docente "Manuel (Piti). Fajardo. Guines.

Según *Robins*,<sup>4</sup> el tumor de Wilms representa el 3% de los tumores en general y el 83% de los tumores renales malignos, *Bottiger*<sup>5</sup> expresa que por cada cáncer renal se pueden encontrar cuatro neoplasias gástricas y 10 en pulmón; pero es superado por los localizados en próstata y vejiga. La mayor incidencia radica en los países del norte de Europa y la menor en Japón, España y América Latina. La diseminación metastásica se realiza fundamentalmente por vía hematológica; puede seguir la retrógrada, a través de las venas genitales y con menor frecuencia la linfática.<sup>3</sup>

La extensión a las venas renales implica un mal pronóstico, lo contrario que la calcificación y degeneración.<sup>6,7</sup> El momento de aparición de las metástasis es impredecible y no obedece, en modo alguno, al tamaño del tumor ni al tiempo de evolución de éste. Las metástasis aparecen en primer lugar en pulmones (22%), huesos (11%), hígado (11%), suprarrenales (6%) y peritoneo (6%), se ha señalado que existe relación entre los cánceres renales y los adenomas corticales.<sup>6</sup> Los carcinomas de células renales se caracterizan por presentar abundantes lípidos dentro de las células tumorales.

Hay pruebas suficientes en el sentido de que el epitelio de los túbulos renales puede elaborar colesterol y lípidos igual que las células suprarrenales.

El cuadro clínico más frecuente está dado por dolor lumbar, hematuria y una masa abdominal palpable.

Las interesantes características mencionadas, constituyen la motivación de nuestro grupo de trabajo para efectuar una revisión estadística del comportamiento de este tumor en los pacientes afectados por el mismo, egresados vivos o fallecidos, en el Hospital "Dr. Salvador Allende", en los últimos tres años.

#### OBJETIVOS

**General:** estudiar las características clínicas generales de los pacientes diagnosticados de hipernefroma, en el trienio 1980-1982 en el Hospital "Dr. Salvador Allende".

**Específicos:**

1. Conocer su distribución en relación con grupos de edades, sexo y color de la piel.
2. Conocer los síntomas y signos iniciales más frecuentes.
3. Conocer la localización tumoral.
- A. Conocer los hallazgos radiológicos.

5. Comparar nuestros datos con lo señalado en la literatura médica. MATERIAL Y

#### MATERIAL Y METODO

Revisión y estudio de todos los casos, mediante sus historias clínicas, diagnosticados anatómo-patológicamente como afectados de hipernefroma en el hospital "Dr. Salvador Allende", en el periodo comprendido entre 1980-1982, ambos inclusive. Se recogen los datos correspondientes en una planilla confeccionada previamente con el propósito de satisfacer los objetivos propuestos.

Posteriormente, se cuantifican de modo absoluto y en distribución porcentual, mediante cuadros, y se comparan con los otros trabajos.

#### RESULTADOS

Se encontraron 22 casos con diagnóstico final de hipernefroma, de los cuales siete fallecieron. La distribución por grupos de edad y sexo aparecen en el cuadro I.

En cuanto al color de la piel, encontramos 19 blancos, dos mestizos y un negro.

Edad	Sexo		Total	%
	M	F		
15-29 años	0	0	0	0
30-39 ..	1	0	1	4,5
40-49 ..	4	0	4	18,1
50-59 ..	5	1	6	27,2
60-69 ..	2	3	5	22,7
70-79 ..	2	3	5	22,7
80-89 ..	1	0	1	4,5
Totales	15	7	22	99,7

Fuente: Archivo de historias clínicas, hospital "Dr. Salvador Allende".

#### CUADRO II

##### HIPERNEFROMA, SINTOMAS Y SIGNOS MAS FRECUENTES . AÑOS 1980-1982

	Casos	%
Dolor lumbar	17	77
Hematuria macroscópica	15	68
Anemia	14	63
Masa abdominal palpable	12	54
Fiebre	8	36
Astenia	8	36
Vómitos	5	23

Fuente: Archivo de historias clínicas, hospital "Dr. Salvador Allende".

La mitad de los casos referían el antecedente de ser hipertensos En relación con las manifestaciones clínicas, los hallazgos más sobresalientes se señalan en el cuadro II.

En 12 de los 22 casos, el hipernefroma se localizó en el riñón izquierdo y los 10 restantes, en el derecho.

Las alteraciones encontradas en los exámenes radiológicos realizados, *tractus* urinario simple, pielografía descendente (13 casos) y arteriografía renal (10 casos), se expresan en el cuadro III.

En nueve casos se realizó sonografía, se muestra en ocho de ellos un tumor sólido y en el otro, un nódulo ecogénico.

CUADRO III  
HIPERNEFROMA, HALLAZGOS RADIOLOGICOS. AÑOS 1930-1982

Aumento de tamaño del riñón	11 casos
Vasos de neoformación	5 casos
Irregularidad del sistema calicial	4 casos
Fístulas arteriovenosas	2 caso
Imagen quística	1 caso

Fuente: Archivo de historias clínicas, hospital "Dr. Salvador Allende".

#### DISCUSION

Tal como reportan todos los autores,<sup>1-7</sup> el hipernefroma es un cáncer que se presenta en edades avanzadas y con discreto predominio en el sexo masculino. Nuestras estadísticas coinciden en ese sentido, al evidenciar que el 77% de los enfermos, es decir tres de cada cuatro, habían rebasado los 50 años de vida y el 68% pertenecían al sexo masculino.

Entre 1964-1966 se informaron en Cuba 286 casos (159 masculinos y 127 femeninos)<sup>3</sup> y en un período de 10 años, se registraron 46 casos en Santiago de Cuba, de los cuales, el 58% eran hombres.<sup>3</sup>

El paciente de menor edad en nuestro trabajo fue el de 37 años. Otros autores reportan un caso de 15 años<sup>1</sup> y otro de 29 años.<sup>3</sup>

En relación con las manifestaciones clínicas, la clásica tríada de dolor lumbar, hematuria macroscópica y masa abdominal palpable se encontró en la mayoría de los pacientes; como es de suponer estos hallazgos conducen de forma casi inequívoca al diagnóstico de tumor renal maligno, pero, desgraciadamente, ya ésta es una etapa avanzada, por lo que la supervivencia a partir de entonces es breve, no obstante los adelantos terapéuticos modernos en su lucha tenaz contra el cáncer.

La fiebre se presentó en poco más de la tercera parte de los casos, al igual que la astenia, lo que coincide con la generalidad de otras casuística. Se señala, en 14 de nuestros 22 pacientes, la anemia como signo al ingreso, esto corrobora lo expresado anteriormente en cuanto a que los enfermos concurren al médico en estados avanzados del proceso maligno.

Con respecto a la localización del tumor, no encontramos elementos significativos, o sea, que nuestro trabajo nos permite presumir que el hipernefroma se origina indistintamente en uno u otro riñón.

Otros autores<sup>1</sup> encontraron predominio en el riñón derecho.

En cuanto a las alteraciones radiográficas, nuestro estudio también confirmó lo reportado en la literatura. Lógicamente, la alteración más frecuente es la comprobación radiológica de la nefromegalia en el examen físico del paciente, tanto en el *tractus* urinario simple como en la pielografía descendente y la arteriografía renal.

La infiltración pielocalicial o solamente del sistema calicial, fue menos frecuente en nuestra casuística que en otro reporte<sup>1,7</sup> y aunque se señala hasta un 10% de casos con calcificación intrarrenal,<sup>1,8,9</sup> ninguno de nuestros pacientes la presentó.

La arteriografía renal evidenció vasos de neoformación en la mitad de los casos a los que se les realizó, hallazgo igualmente inferior a lo habitual.<sup>1,7</sup> En un paciente, la imagen radiológica sugería quiste renal, lo cual está señalado.

A nueve pacientes se les practicó sonografía y en la totalidad de las mismas se confirmó la sospecha de un tumor renal sólido.

Como dato de interés diremos por último, que en nuestra serie, seis pacientes se sometieron a embolización del sistema arterial renal como medida terapéutica, con resultados iniciales espectaculares en la mayoría de ellos. La embolización suprime o mejora la hematuria y disminuye el tamaño del tumor, hechos por sí mismos importantes, y además, facilita la intervención quirúrgica ulterior.

#### CONCLUSIONES

El hipernefroma es un cáncer que se presenta con relativa frecuencia en nuestro medio, sobre todo a partir de los 50 años de edad, cuyas manifestaciones habituales están dadas por tumoración abdominal palpable y dolorosa, acompañada de hematuria ostensible y síntomas generales, y que los exámenes paraclínicos, especialmente radiológicos y ultrasonido, permiten confirmar su diagnóstico, aunque, en la mayoría de los casos, en etapas tardías o avanzadas de su crecimiento.

#### Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de los estudiantes de medicina: Zoraya Mita Zúñiga, Marlene Menes Socorro, Maribel Rodríguez Rodríguez, Teresa Rodríguez González y Caridad Ramírez Garda.

#### SUMMARY

Rodríguez Morris, M. et al. *Hypernephroma. Review. Statistics.*

A review is carried out of cases histologically diagnosed as affected by hypernephroma at "Dr. Salvador Allende" Teaching Hospital, during 1980-1982, and it is directed to study its frequency, distribution by age groups, sex, race, signs and symptoms showed at the time of consultation and admission, as well as results of complementary examinations. In general, our findings corroborated that currently reported in the literature regarding characteristics of this tumor.

## RÉSUMÉ

Rodríguez Morris, M. et al. *Hypernéphrome. Revue statistique.*

Une revue est faite des cas diagnostiqués histologiquement comme atteints d'hypernéphrome, pendant les années 1980-1982, à l'hôpital universitaire "Dr. Salvador Allende", en vue d'étudier sa fréquence, la distribution par groupes d'âge, par sexe, par couleur de la peau, les symptômes et les signes présents au moment de la consultation et à l'admission et le résultat des examens complémentaires. Les trouvailles s'accordent en général à ce qui est habituellement rapporté dans la littérature en ce qui concerne les caractéristiques de cette tumeur.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Llerena Rojas, R. y col.: Diagnóstico Radiológico de los tumores malignos primitivos del parénquima renal. Rev Cub Med 17 (3): 335-344.*
2. *Kicly, M. M.: Hypernephroma. The internists tumor. Med Clin North Am 50- 1067 1966.*
3. *Vilasé Plasencia, I. M.; D. Alvaríño Padrós: Metástasis poco frecuentes en un hipernefoma. Rev Cub Med 12(3): 269-274, mayo-junio, 1973.*
4. *Robins Solloway, H. M.: Renal Tumors. A review of 130 cases. J Urol 40: 477, 1938.*
5. *Bettiger, L; E. Ivomark: The structure of renal carcinoma correlated to its clinical behavior. J Urol 81: 512, 1959.*
6. *Robins, Stanley L: Tratado de Patología. 3ra ed. Interamericana, 1968. Pp. 944-948.*
7. *Cecil, R. L; R. S. Loeb: Tratado de Medicina Interna. 14ta ed. Ed. Interamericana 1978. Pp. 1395-1397.*
8. *Pereiras Costa, R.; L. R. Llerena Rojas: Dificultades en el diagnóstico de hipernefoma. Rev Cub Med 15: (4): 399-410, julio-agosto 1976.*
9. *Daniel, W. W.: Calcified renal masses, a review of ten years experience et May Clin. Radiology 103: 503, 1972.*

Recibido: 22 de septiembre de 1983.

Aprobado: 15 de enero de 1984.

Dr. Mario Rodríguez Morris  
Hospital "Dr. Salvador Allende"  
Calzada del Cerro 1551  
Cerro.