

Adenocarcinoma renal. Informe de 40 casos

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "MANUEL ASCUNCE DOMENECH", CAMAGUEY

*Dr. Rafael Pila Pérez', Dr. Luis Medrano López**, Dr. Jorge Betancourt Arniella*** y Dra. Nancy Martínez ViJlavjencia“*

Pila Pérez, R. y otros: *Adenocarcinoma renal. Informe de 40 casos.*

Se realiza un estudio sobre el adenocarcinoma renal en nuestro medio, en una serie de 40 enfermos, entre enero de 1976 y enero de 1981. El diagnóstico se fundamenta en los estudios histológicos, exámenes radiológicos y ecografía. Se insiste en la frecuencia con que se presenta esta neoplasia en los servicios de Medicina Interna de nuestros hospitales, la cual se caracteriza por síntomas variados y específicos, por lo que es importante que sea conocida tanto por clínicos, urólogos, como por médicos generales. Se revisa el tema y se comparan nuestros resultados con los de otros autores.

INTRODUCCION

El adenocarcinoma renal, también llamado hipernefoma, es el más frecuente de los tumores renales; constituye aproximadamente el 85 % de los procesos neoplásicos que afectan primitivamente al riñón¹ y el 1 % de los tumores² que, en forma general, afectan al organismo. Este tumor, dentro de los procesos malignos, tiene la característica de producir muchas veces síntomas confusos de orden sistémico durante largos períodos, antes de que pueda detectarse.^{3,4} En los últimos años, numerosos autores han informado que la tríada clásica descrita (hematuria, masa renal palpable y lumbalgia) se encuentra entre el 6⁵ y el 70 %⁶ de los casos estudiados, y su aparición es de pronóstico sombrío, pues en este estadio más de la mitad de los pacientes presentan metástasis;⁷ por esto es de gran importancia que el médico general, el clínico y el urólogo conozcan las manifestaciones sistémicas de estos procesos con el fin de realizar diagnósticos más precoces, así como evitar la realización de investigaciones innecesarias y costosas.⁸

El objetivo de nuestro trabajo es conocer y precisar las características y la incidencia de este tumor en nuestro medio.

MATERIAL Y METODO

Se han revisado las historias clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico de adenocarcinoma renal, durante los últimos 5 años, en los

hospitales provinciales docentes "Manuel Ascunce Domenech" y "Amalla Simoni", de Camagüey.

El diagnóstico se fundamentó en el estudio histopatológico de los casos a los cuales se les realizó nefrectomía por este tumor, o en los hallazgos necrópsicos de aquéllos que no fueron operados.

Nuestro universo está constituido por 40 enfermos que reúnen las condiciones anteriormente citadas y se establecen para nuestro estudio los siguientes parámetros: edad, sexo, color de la piel, síntomas y signos, exámenes de laboratorio, estudios radiológicos y ecoográficos, propagación metastásica de la enfermedad y evolución en general de los pacientes.

RESULTADOS

En nuestra serie, 31 pacientes eran mayores de 50 años, 8 tenían edades entre 40 y 49 años, 1 paciente tenía menos de 30. El sexo masculino predominó en 22 de los enfermos mientras que 18 eran mujeres. El color blanco de la piel representó el 82,5 %, la raza negra ocupó el 10 %, y el resto de los pacientes (7,5 %) eran de raza mestiza (tabla 1).

Tabla 1. Adenocarcinoma renal. Informe de 40 casos

	Casos	%
<i>Edad (años)</i>		
20-29	1	2,5
30-39	—	—
40-49	8	20,0
más de 50	31	77,5
<i>Sexo</i>		
Masculino	22	55
Femenino	18	45
<i>Color de la piel</i>		
Blanca	33	82,5
Negra	4	10
Mestiza	3	7,5

Fuente: Historias clínicas.

Los síntomas y signos predominantes en este grupo de pacientes fueron los siguientes: disuria, polaquiuria y tenesmo en 31 casos, seguido de dolor abdominal en 30 enfermos de la serie; los síntomas de enfermedad generalizada (astenia, anorexia y pérdida de peso) estuvieron presentes en 24 de ellos; en 21, observamos palidez cutaneomucosa; la presencia de un tumor palpable se manifestó en 18; la hematuria se hizo evidente en 16 y un número similar presentó fiebre. Por otra parte, sólo en 9 enfermos existió lumbalgia (tabla 2).

Tabla 2. Adenocarcinoma renal. Informe de 40 casos

Síntomas y signos	Casos	%
Síntomas urinarios	31	77,5
Dolor abdominal	30	75
Síntomas generales	24	60
Palidez cutaneomucosa	21	52,5
Tumoración palpable	18	45
Hematuria	16	40
Fiebre	16	40
Lumbalgia	9	22,5
Hepatomegalia	5	12,5
Otros	8	20

Fuente: Historias clínicas.

En nuestra muestra, a los enfermos se les realizaron diferentes exámenes de laboratorio entre los cuales se destacan las cifras de hemoglobina, que fueron inferiores a lo normal en 31 pacientes; 2 de los enfermos presentaron cifras superiores a 15 g de hemoglobina. Al realizar el recuento de leucocitos se comprobó que existía una leucocitosis mayor de $10\ 000 \times mm^3$ en 8 de los casos; se encontró disminuido el número de plaquetas en pacientes, mientras que la velocidad de sedimentación globular se mostró acelerada en 37; la cifra de urea fue elevada en 11 enfermos; la creatinina evidenció disfunción renal en 5, y la hipercalcemia apareció alterada en 1 caso (tabla 3).

Tabla 3. Adenocarcinoma renal. Informe de 40 casos

Exámenes de laboratorio	Casos	%
Hemoglobina $< 10\ g\ %$	31	77,5
Hemoglobina $> 15\ g\ %$	2	5
Leucocitos $> 10\ 000/mm^3$	8	20
Plaquetas $< 150\ 000/mm^3$	9	22,5
Eritrosedimentación acelerada	37	92,5
Urea $> 40\ mg\ %$	11	27,5
Creatinina $> 2,5\ mg\ %$	5	12,5
Fibrinógeno $> 125\ mg\ %$	6	15
Bromosulfaleína $> 8\ %$ de retención	5	12,5
Fosfatasa alcalina elevada	4	10,0
Bilirrubina elevada	3	7,5
Electroforesis de proteínas anormal	2	5,0
Hipercalcemia	1	2,5

Fuente: Historias clínicas.

El estudio ecográfico demostró su importancia al destacar procesos tumorales en 35 de nuestros casos (figuras 1 y 2); el urograma excretor contrastado evidenció la entidad en 32 casos; el examen del tracto urinario simple orientó el diagnóstico en 31 pacientes; la arteriografía renal (figuras 3 y 4) se practicó en 21 casos con un saldo positivo en 17 de ellos, para una positividad del 52,5 % en relación con el total de la muestra (tabla 4).

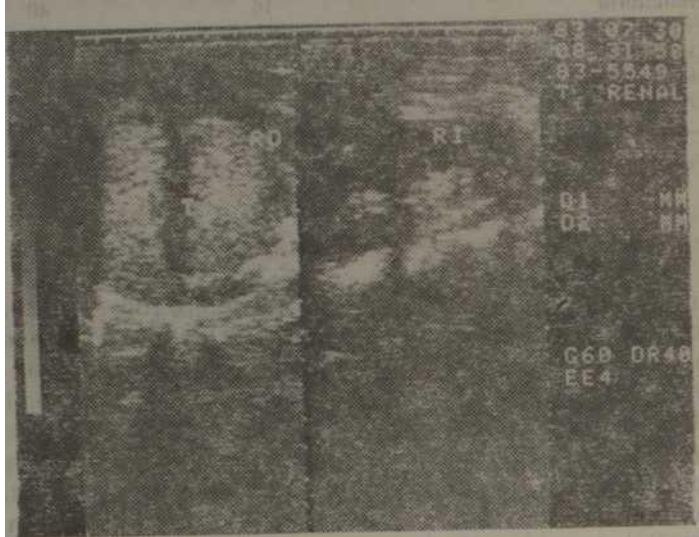


Figura 1. Ecografía renal. Zona ecogénica tumoral que ocupa la casi totalidad del riñón derecho.

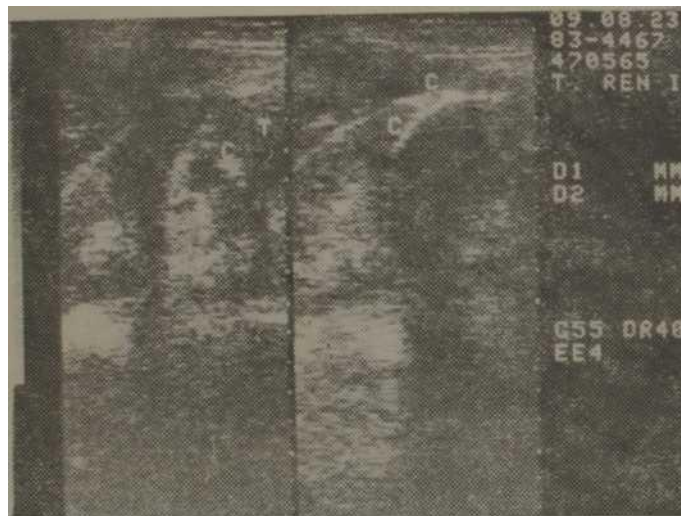


Figura 2. Ecografía renal. Zona ecogénica tumoral del polo inferior del riñón izquierdo con calcificaciones.



Figura 3. Fase nefrográfica de aortografía donde se aprecia opacificación de la zona tumoral del polo superior del riñón izquierdo.



Figura 4. Aortografía que muestra proceso tumoral del polo superior del riñón izquierdo con abundantes vasos de neoformación y desplazamientos arteriales.

Tabla 4. Adenocarcinoma renal. Informe de 40 casos

Estudios radiológicos	Casos	%
Ecografía	35	87,5
Urograma excretor	32	80
Tracto urinario simple	31	77,5
Arteriografía renal	21	52,5
Rayos X de tórax	9	22,5
Estudio óseo	3	7,5

Fuente: Historias clínicas.

Señalamos que durante el transcurso de la enfermedad se presentaron metástasis en 11 de los enfermos (27,5 %); las zonas más frecuentemente invadidas fueron los pulmones en 4 de los casos, los huesos en 3, mientras que 2 presentaron sus metástasis en la piel y otros 2 cursaron con infiltración hepática.

Del total de nuestros enfermos estudiados aún se encuentran 15 casos vivos (37,5 %) y 25 fallecieron antes de los 5 años de evolución. Debemos señalar que sólo 26 de nuestros casos fueron tratados quirúrgicamente (65 %) (figura 5); el resto fue diagnosticado en un estadio muy avanzado de la enfermedad, lo que contraindicó el tratamiento quirúrgico.

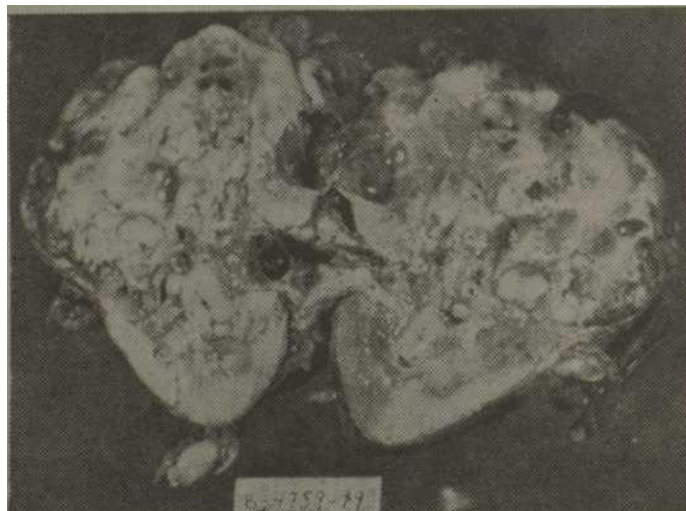


Figura 5. Corte de un riñón alecto de hipernefoma obtenido después de nefrectomía de uno de nuestros enfermos.

DISCUSION

El adenocarcinoma renal es un tumor derivado del epitelio del tubo contorneado proximal. Esta entidad puede presentarse en cualquier edad; su predominio ocurre en la sexta década de la vida y afecta más al varón,^{9,10} como ocurrió en nuestra investigación. Como se ha referido, los hipernefomas pueden presentar una gran variedad de manifestaciones extrarrenales inespecíficas, tales como: fiebre de origen dudoso, disfunción hepática no metastásica, hipercalcemia, neuropatías periféricas, amiloidosis, reacciones leucomoides, hepatosplenomegalia e insuficiencia cardíaca secundaria a una fístula arteriovenosa.^{11,12}

La tríada característica de Guillon se manifestó en menos del 50 % de nuestros casos, lo que coincide con lo planteado por *Bollack*⁹ y *Ewert*,⁵ mientras que *Bennington*³ la observó en el 70 % en su estudio.

*Bollack*⁹ plantea que 65 (27,4 %) de un total de 237 enfermos estudiados por él presentaron un síndrome de enfermedad generalizada, mientras que nosotros encontramos estos síntomas en el 60 %, lo cual coincide con lo afirmado por otros autores.^{12,13}

La fiebre constituye una manifestación frecuente en el curso del adeno- carcinoma renal, aunque rara vez es su forma de presentación.¹⁴ Un síndrome febril de origen dudoso fue informado en la casuística de *Bollack*¹³ en el 15 % de sus casos; nosotros lo encontramos en el 40 % de los pacientes.

La hipertensión arterial, según algunos estudiosos del tema, puede estar en relación con el desarrollo de fístulas arteriovenosas intratumorales.^{15,16} En nuestros pacientes se precisaron cifras elevadas de tensión arterial en el 22,5 %, anomalía que desapareció en el 15 % de éstos después de efectuada la nefrectomía. Otros autores, como *Ewert*,⁵ informan un porcentaje similar al nuestro; sin embargo, *Bollack*,⁹ en su trabajo, sólo la pudo detectar en 4 enfermos. La rotura espontánea del tumor está, considerada como un hecho infrecuente, y aproximadamente en el 3 % constituye la forma de presentación de la enfermedad.¹⁷ Nosotros encontramos 2 enfermos cuyo inicio estuvo dado por este dramático fenómeno, el cual se puso de manifiesto por dolor abdominal intenso, acompañado de signos y síntomas de *shock*, lo que hizo pensar, inicialmente, en otras enfermedades de aparición más frecuentes como aneurisma disecante de la aorta abdominal, colecistitis y pancreatitis aguda.

Entre los desórdenes hematológicos de mayor importancia se detecta la eritrosedimentación acelerada de los glóbulos rojos (VSA) en el 75 % de los individuos afectados;^{6,18} por lo demás, es importante precisar que ésta puede ser una alteración aislada en estos casos, sin otros datos que centralicen la atención del médico hacia la esfera renal. Esta alteración fue encontrada en el 92,5 % de nuestra serie.

La anemia se registró en nuestra investigación en el 77,5 %, mientras que la poliglobulia apareció en el 5 % de los casos encestados, cifra ésta que se corresponde con lo informado por otros autores.^{0,13} Aunque la disminución en el número de plaquetas es un elemento de importancia, debe señalarse que otras veces lo observado es la

trombocitosis, aspecto éste que no fue corroborado en ninguno de nuestros enfermos. La disfunción hepática no metastásica que se asocia con esta entidad nosológica fue descrita, por primera vez, por *Stauffer*.⁹ Su prevalencia puede variar, según algunos autores, entre el 7 y el 40 %.^{20,21} En este trabajo se presentan estas alteraciones en el 12,5 %; esta manifestación se asocia con anemia, fiebre y gran toma del estado general. Algunos investigadores como *Utz y Warren*²⁰ señalan que su persistencia posnefrectomía es un elemento de mal pronóstico. Los motivos que producen la disfunción hepática aún son desconocidos, pero se sospecha que puede estar en relación con un factor de tipo humoral.²¹

Los niveles elevados de fosfatasa alcalina son registrados por algunos autores en cifras similares a las nuestras.²² La bilirrubina elevada se detectó en el 7,5 % de nuestros casos. *Pujol Bosch*²² no informa aumento de los niveles de bilirrubina, pero otros autores²⁰ sí encuentran cifras elevadas, sobre todo a expensas de la indirecta.

El fibrinógeno plasmático aumenta en estos tumores y, según *Sufrin*,²³ es un elemento que se debe tener en cuenta en esta entidad, lo cual fue apreciado también en el 15% de los casos encuestados por nosotros, mientras que *Pujol*²² lo declara en el 42,4 % de su serie.

En lo que se refiere a investigaciones o medios diagnósticos más complejos, se señala que la radiografía no contrastada de abdomen al igual que el urograma excretor son de suma importancia. La ecografía y la tomografía axial computadorizada renal son exploraciones inocuas y muy seguras, sobre todo la primera²⁴ que fue positiva en el 87,5 % de nuestros casos; es más objetable su valor en aquellos enfermos graves y con toma general. La arteriografía se realizó a 21 pacientes después del urograma excretor y fue la que fundamentó, con mayor certeza, el diagnóstico de nuestros pacientes.

Las metástasis más frecuentes en nuestra investigación fueron en el pulmón, seguida por la afección ósea; iguales resultados fueron informados por *Papac*²⁵ en su estudio, al igual que *Me Aninch*,²⁴

CONCLUSIONES

1. El adenocarcinoma renal es más frecuente en el sexo masculino (55 %), la raza blanca (82,5 %) y los mayores de 50 años (77,5 %).
2. La forma urológica que incluye la hematuria, la lumbalgia y el tumor palpable se registra en este trabajo en menos del 50 % de los pacientes.
3. Los síntomas y signos más relevantes de nuestros casos fueron los síntomas urinarios (77,5 %), el dolor abdominal (75 %) y los síntomas generales (60 %).
4. Los exámenes de laboratorio que sufrieron mayores alteraciones fueron: la velocidad de eritrosedimentación (92,5 %), las cifras de hemoglobina inferiores a 10 g (77,5 %), aumento de la concentración de urea en sangre (27,5 %) y disminución de las plaquetas (22,5 %).

5. El sitio predominante de invasión metastásica fue el pulmón (10%), seguido de la toma ósea (7,5 %); otros sitios importantes fueron el hígado y la piel.
6. Los exámenes radiológicos fundamentales fueron: la urografía ev. (80 %), el tracto urinario simple (77,5 %) y la arteriografía (52,5 %). Es de destacar la importancia del estudio ecográfico en el diagnóstico, con el 87 % de los casos. El examen de mayor certeza en esta entidad y en el presente trabajo es la arteriografía renal.
7. El 62,5 % de nuestros pacientes falleció antes de los 5 años; se encuentran vivos aún 15 enfermos, para el 37,5 %.

SUMMARY

Pila Pérez, R. et al.: *Renal adenocarcinoma. Report of 40 cases.*

A study of renal adenocarcinoma in our environment is made in series of 40 patients from January 1976 to January 1981. Diagnosis is based on histologic studies, radiologic examinations, and echography. The authors emphasize the frequency of occurrence of this neoplasm in the Internal Medicine Service of our hospital. This disease is characterized by specific and varied symptoms, so it is important that renal adenocarcinoma be understood by clinicians, urologists, and general physicians. A review of the literature is made and our results are compared with those of others.

RÉSUMÉ

Pila Pérez, R. et al.: *Adenocarcinome rénal. A propos de 40 cas.*

On a réalisé une étude sur l'adénocarcinome rénal dans notre milieu, dans une série de 40 malades, entre le mois de janvier 1976 et janvier 1981. Le diagnostic se base sur les études histologiques, examens radiologiques et échographiques. On insiste sur la fréquence avec laquelle se présente cette néoplasie dans les services de Médecine Interne de nos hôpitaux qui se caractérise par des symptômes variés et spécifiques, c'est pourquoi il est important qu'elle soit connue par les cliniciens, urologues et médecins généraux. On révisé le thème et on compare nos résultats avec ceux d'autres auteurs.

BIBLIOGRAFIA

1. *Kantor, A. F.*: Current concepts in the epidemiology and etiology of primary renal cell carcinoma. *J Urol* 117: 415, 1977.
2. *Mancebo, U. M. y otros*: Aspectos clínicos del adenocarcinoma renal. *Arch Esp Urol* 31: 423, 1978.
3. *Bcnnington, I. L.; J. B. Beckwith*: Tumors of de kidneys, renal pelvis, and ureter. *Armed Forces Institute of Pathology*, 1975. Pp. 93-199.
4. *Murphy, C. P.; H. K. Schirmer*: The diagnosis and treatment of hypernephroma. *Geriatrics* 18: 354, 1963.
5. *Ewert, E. E. et al.*: Hypernephroma: the great imitator. *Med Clin North Am*: 47: 431, 1963.
6. *Navarro Izquierdo, A. y otros*: Adenocarcinoma renal: clínica y diagnóstico. Estudio de 58 casos. *Rev Clin Esp* 147: 47, 1977.

7. *Boxer, R. J. et al.*: Non metastatic hepatic dysfunction associated with renal carcinoma. *J Urol* 119: 468, 1978.
8. *Merino, A. J. y otros*: Manifestaciones inhabituales del adenocarcinoma renal. A propósito de 6 casos. *Rev Clin Esp* 171(4): 251, 1963.
9. *Arner, O. et al.*: Renal adenocarcinoma: Morphology grading of malignancy, prognosis. A study of 197 cases. *Acta Chir Scand (Supp.)* 50: 346, 1965.
10. *Böttiger, L. E. et al.*: Renal carcinoma. *Acta Med Scand* 180: 329, 1966.
11. *Hiely, J. M.*: Hypernephroma. The internist's tumor. *Med Clin North Am* 50: 1067, 1966.
12. *Marshall, F. F.; P. C. Walsh*: Extrarenal manifestations of renal cells carcinoma. *J Urol* 117: 439, 1977.
13. *Bollack, C.; J. Angualbre*: Adenocarcinoma renal. A propósito de una serie de 237 pacientes. *Arch Esp Urol* 34: 359-368, 1981.
14. *Petersporf, R. G.; P. B. Beeson*: Fever of unexplained origin: Report of 100 cases. *Medicine* 40: 1, 1961.
15. *Skirrer, D. G. et al.*: Extensión of renal cell carcinoma into the vena cava: the rationale for aggressive surgical management. *J Urol* 107: 711, 1972.
16. *Swanson, D. A. et al.*: The role of embolization and nephrectomy in the treatment of metastatic renal carcinoma. *Urol Clin North Am* 7: 719, 1980.
17. *Me Lear, P. A. et al.*: Spontaneous retroperitoneal hemorrhage associated with hypernephroma. *J Urol* 98: 576, 1967.
18. *Lachasky, L. R.; R. A. Kile*: Significance of extreme elevation of erythrocyte sedimentation rate. *J Am Med Assoc* 20: 116, 1967.
19. *Stauffer, M. H.*: Nephrogenic hepatosplenomegaly. *Gastroenterology* 40: 694, 1961.
20. *Utz, D. C. et al.*: Reversible hepatic dysfunction associated with hypernephroma. *Mayo Clin Proc* 45: 161, 1970.
21. *Strickland, R. C.; S. Scheenker*: The nephrogenic hepatic dysfunction syndrome. A review. *Am J Dig Dis* 22: 49, 1977.
22. *Pujol Bosch, F. y otros*: Disfunción hepática e hiperfibrinogenemia en el adenocarcinoma renal. *Rev Clin Esp* 171(5): 325-327, 1983.
23. *Sufrin, G. et al.*: Coagulation factors in renal adenocarcinoma. *J Urol* 119 : 727, 1978.
24. *Me Aninch, L. R. et al.*: The radiologic differentiation of benign and malignant tumors of the kidneys. *J Urol* 107: 507, 1972.
25. *Papac, R. J. et al.*: Renal cell carcinoma: Analysis of 31 cases with assessment of endocrine therapy. *Am J Med Sci* 274: 281, 1977.

Recibido: 30 de enero de 1986. Aprobado: 17 de abril de 1986.
 Dr. *Rafael Pila Pérez*. Lugareño No. 317, Apto. 403, Camagüey, Cuba.