

Carcinoma renal enmascarado por sepsis en una gestante adolescente

Renal Cell Carcinoma masked by sepsis in a adolescent pregnant

**Teresita Llera Clausell¹, Idelma Castillo², Rosa Maria Amador González³,
Annia Dolores Gorte Quiñones⁴, Liudmila Herrera Rodríguez⁵.**

¹ Dra. Especialista de 1er Grado en Urología. Asistente. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" Pinar del Río.

² Dra. Especialista de 1er Grado en Urología. Asistente. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" Pinar del Río.

³ Dra. Especialista de 1er Grado en Oncología. Instructora. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" Pinar del Río.

⁴ Dra. Especialista de 1er Grado en Anatomía Humana. Asistente. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" Pinar del Río.

⁵ Dra. Especialista de 1er grado en Medicina Interna. Instructora. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" Pinar del Río.

RESUMEN

Joven femenina de raza negra, 18 años de edad y 12 semanas de embarazo, debuta con manifestaciones sépticas, fiebre alta, escalofríos y dolor lumbar, con diagnóstico clínico e imaginológico de absceso renal derecho; es ingresada en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Docente "Abel Santamaría" de Pinar del Río, con tratamiento sintomático y amplia cobertura antibiótica, con evolución clínica satisfactoria, de forma contradictoria con la Imaginología y los parámetros de laboratorios. Se decide interrupción del embarazo, posteriormente se realiza nefrectomía derecha y la biopsia reportó carcinoma de células renales,

clasificado Etapa Clínica Ib. La evolución post operatoria fue satisfactoria. Se inicia tratamiento con inmunoterapia: Interferón alfa 2b humano recombinante (HEBERON) por factores pronósticos desfavorables. Actualmente la paciente se mantiene asintomática.

Palabras clave: Adenocarcinoma renal, inmunoterapia.

ABSTRACT

An eighteen black female patient with 12 weeks pregnancy presenting septic symptoms: high fever, shivers, lumbar pain and with a clinical and imaging diagnosis of a right renal abscess was admitted at Gynaecological and Obstetric Service in "Abel Santamaria" University Hospital, Pinar del Rio, covering her with antibiotics and symptomatic treatment, having a satisfactory clinical progress on the contrary to Imaging and laboratory parameters. Pregnancy was interrupted and a right nephrotomy was performed; the biopsy showed a renal cell carcinoma classified in the Clinical Stage (Ib). The patient presented a satisfactory Post-operative progress. Immunotherapy started: Recombinant Human Interferon á 2b (HEBERON) due to unfavourable prognoses. Currently, the patient is asymptomatic.

Key words: Renal cell carcinoma, immunotherapy

INTRODUCCION

Los tumores del riñón suponen el 4% de la incidencia de las neoplasias malignas según las estadísticas nacionales e internacionales.¹ En los EE.UU. son diagnosticados aproximadamente 28.800 casos nuevos de carcinoma renal y son causa de más de 11.300 muertes al año.² Tanto en Estados Unidos como en Europa se ha observado un aumento de incidencia en los últimos años. El cáncer renal es frecuente entre los 40 y 70 años de edad excepcionalmente aparecen en la infancia y adolescencia con predominio en el sexo masculino 2:1.³

Entre los factores de riesgo que se relacionan con el desarrollo del mismo se citan tabaquismo, dieta rica en grasas, hipercolesterolemia, obesidad, exposición a asbesto, cadmio, herbicidas y factores genéticos (delección del brazo corto del cromosoma).^{3,4}

El carcinoma renal se clasifica en función del tipo celular: células claras, granulares, fusiformes u oncocíticas, y el patrón de crecimiento: acinar, papilar o sarcomatoide. No es infrecuente que el tumor tenga más de un tipo celular. Además existen los carcinomas cromófobos o los de túbulos colectores.⁵ La variedad sarcomatoide se comporta muy agresivo con un pronóstico desfavorable y el tipo cromóforo el de

mejor supervivencia.⁶ El sistema de gradación tumoral más ampliamente utilizado es el de Fuhrman que ha demostrado ser factor de predicción de la supervivencia independiente del estadio patológico en los tumores de células renales.⁷ El cáncer de células renales, también llamado adenocarcinoma renal o hipenefroma presenta un comportamiento biológico y evolución impredecibles y atípicos.⁸ En ocasiones, el tumor no se expresa clínicamente y pasa desapercibido, siendo un hallazgo incidental (Incidentaloma). La triada clásica de hematuria , dolor lumbar y masa palpable sólo aparece en un 30 % de los casos y corresponde con enfermedad avanzada, en ocasiones se manifiesta como síndromes paraneoplásicos que en mucho de los casos regresan después de la nefrectomía lo que se considera un signo con valor pronóstico en la evolución de dicha enfermedad, los tumores pequeños y localizados en riñón y tejido circundante tiene una mayor expectativa de vida con una supervivencia de 75 % pero en aquellos de mayor tamaño y diseminados disminuye a un 50-57 %.⁹

En Cuba se desarrolla un ensayo clínico fase II aleatorizado para pacientes portadores de carcinomas de células claras del riñón en los estadios III y IV donde el grupo de estudio recibe el preparado vacunal (N-Acetil GM/VSSP/montanide /ISA51VG) combinado con Interferón alfa- 2b humano recombinante (Ifna2b R) con el fin de elevar la supervivencia libre de progresión, la supervivencia global, la respuesta clínica antitumoral y la respuesta inmune así como la calidad de vida de paciente. Estudios similares en el cáncer renal estadios III, IV se desarrollan en Europa.¹⁰

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente femenina de la raza negra, de 18 años de edad con antecedentes de salud, estudiante de enseñanza tecnológica y embarazada (18 semanas) que se presentó en el Cuerpo de Guardia del Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río con un cuadro agudo de fiebre alta, escalofríos y dolor lumbar derecho. Se realizó examen físico, exámenes de laboratorio clínico y ultrasonografía (USG) abdominal decidiendo ingreso inmediato en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Examen físico

Fosa lumbar derecha dolorosa.

Puño percusión: positiva.

Exámenes imagenológicos

USG: a nivel del polo superior del riñón derecho (RD) se observó una tumoración de 5-6 cms de diámetro mayor que desplaza el sistema excretor y levanta la capsula renal sugestivo de absceso renal. Vesícula acodada con múltiples imágenes en su interior. Fue sugerido evolucionar después del tto con antibiótico. Útero aumentado de tamaño con saco gestacional de 70 mm compatible con embazo de 12 semanas. (Fig. 1) (Fig. 2) y (Fig. 3)



Fig. 1 Saco gestacional 12 semanas.



Fig. 2 Imagen compleja de contornos regulares a nivel del polo superior del riñón derecho.

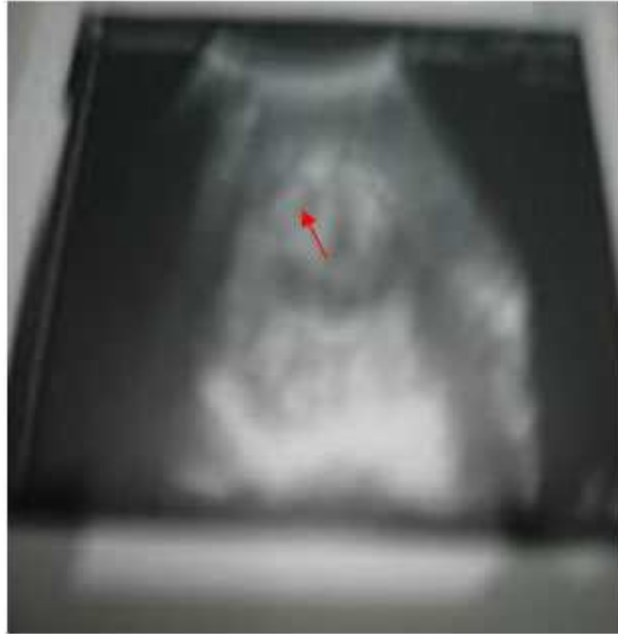


Fig. 3 Saco gestacional de 70 mm, comprime SE.

Tomografía axial computarizada tridimensional urológica: En reconstrucción mpr y 3ra dimensión se visualiza imagen de densidad variable (86UH) en polo superior del riñón derecho que mide 74 mm x 65 mm que comprime el sistema excretor en sus cálices superiores y levanta cápsula renal, compatible con absceso renal.

Complementarios de Laboratorio clínico:

Hematología:

Hemoglobina: 110 g/L

Hematocrito: 31 L/L

Leucocitos: $8.7 \times 10^9/L$

Conteo de plaquetas: $755 \times 10^9/L$

Eritrosedimentación: 50 mm/h

Hemoquímica:

Glicemia 5.3 mmol/L (N: 4.2- 6.1 mmol/L)

Triglicéridos: 1.18 mmol/L (N: 0.35- 1.10 mmol/L)

Colesterol: 4.29 mmol/L (N: 3.8- 5.5 mmol/L)

Ácido Úrico: 177.4 $\mu\text{mol/L}$ (N: 142- 339 $\mu\text{mol/L}$)

Creatinina: 77 $\mu\text{mol/L}$ (N: 44- 80 $\mu\text{mol/L}$)

Deshidrogenasa láctica (LDH): 318 U/L (N: 230-460 U/L)

Calcio: 2.51mmol/L (N: 2.02- 2.06 mmol/L)

Fósforo: 1.72mmol/L (N: 0.87- 1.45 mmol/L)

Transaminasa glutámica oxalacética: 30 U/L (N: hasta 31 U/L)

Transaminasa glutámica pirúvica: 60 U/L (N: hasta 31 U/L)

Fosfatasa alcalina: 212 U/L (N: 98- 219 U/L)

Examen de orina: Leucocituria

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta la clínica, los exámenes imageneológicos y demás complementarios se empleó tratamiento de soporte con antibióticoterapia (ceftriaxona, cefalosporina de tercera generación bulbos de 1 g, a la dosis de 1 g im profundo dos veces por día durante 7 días), analgésicos, antipiréticos e interrupción del embarazo con remisión en pocas horas (48hrs) del cuadro séptico y mejoría clínica evidente en contrapartida con el cuadro imagenológico el cual se mantenía después de 21 días, así como las enzimas hepáticas las cuales aumentaban su cifra por encima de los valores iniciales. También aparecen elevadas las cifras de fósforo y calcio séricos con respecto a los valores normales, necesitando este último ante la presencia de hipercalcemia tratamiento en algunos casos como describe la literatura.³ En el acto quirúrgico se comprobó un riñón derecho de grandes dimensiones, turgente, con tumoración localizada en el polo superior de aproximadamente 5-6 cm que levanta la cápsula renal por lo que se realizó nefrectomía derecha con resección de la grasa perirrenal y glándula suprarrenal a pesar del diagnóstico inicial clínico- imagenológico (USG y TAC) que correspondían con el de "absceso renal". (Fig. 4), (Fig. 5) y (Fig. 6)



Fig. 4 Riñón derecho extirpado, con tumor renal del polo superior.



Fig. 5 Riñón derecho extirpado, con tumor renal del polo superior.



Fig. 6 Riñón derecho extirpado, con tumor renal del polo superior.

Biopsia No. 09- 01: Tumor células renales de 5 x 5cm (patrón túbulopapilar) con áreas de hemorragias, quistes, infiltración capsular y presencia de trombos en vasos linfáticos. Cápsula renal infiltrada. No invasión de la grasa perirrenal. No se detectaron ganglios linfáticos infiltrados, ni infiltración de las venas cava ni renal.

Resulta relevante la edad de la paciente 18 años por lo inusual de presentación en esta edad pudiendo considerarse como excepcional, así como el enmascaramiento en el debut en una forma tanto clínica como radiológica de una enfermedad séptica con el diagnóstico clínico de "absceso renal". En la paciente que estudiamos se

estadificó como una Etapa Clínica Ib (T_{1b}, N_x, M₀), según el AJCC. (Comité Estadounidense conjunto contra el Cáncer).¹¹

Se identifica con la literatura revisada la elevación de las enzimas hepáticas que se normalizaron después de la nefrectomía (Síndrome de Stauffer).¹² No existen evidencias en la paciente de antecedentes hereditarios que pudieran ser atribuidos a la aparición de este tumor, no obstante es recomendable la realización de estudios genéticos que reafirmarían o no la forma hereditaria de presentación ya que se descartan también los demás factores de riesgo.

Una adecuada estadificación (AJCC) es indispensable para decidir la terapia más apropiada y es el tratamiento quirúrgico la disciplina terapéutica curativa de elección para el cáncer renal.¹¹

El tratamiento del cáncer de células renales esta en relación con el Estadio Clínico (EC), es el quirúrgico el de elección para las EC (I, II, III,) nefrectomía y vaciamiento ganglionar; la EC II con cualquier T, N₁ o M₁ la cirugía es paliativa, en la EC IV y recidivas tumorales se ha empleado la inmunoterapia. (Interferón, interleucina 2, antiangiogénicos), así como la embolización, radioterapia de haces externos y cirugía de las metástasis como otra alternativa en estos casos.¹³ La cirugía cito reductora ofrece beneficios al paciente en cuanto a supervivencia, respuesta a la terapia sistémica y calidad de vida, inmunoterapia asociada o no a otros tratamientos en el tiempo de progresión de la enfermedad que puede lograr regresiones completas en casos con enfermedad metastásica.¹⁴ Los mecanismos inmunitarios tendrían importancia en la regulación del crecimiento celular en este tipo tumor. Se han utilizado terapias con citocinas: Interferón alfa-2b recombinante (IFN α R), interleucina 2(IL-2), terapia antiangiogénica (Sunitib, Sorafenib, Bevacizumab, Talidomida) inhibidores de la tiroxina cinasa: receptor del Factor de crecimiento epidérmico (EGF. r) produciendo una prolongación del tiempo de progresión de la enfermedad, aunque la frecuencia de las remisiones o la supervivencia no se modifican de forma sustancial.^{15, 16} No obstante la actitud terapéutica es individualizada en función de sus características clínicas y factores pronósticos.

La edad de la paciente, la descripción de trombos tumorales en vasos linfáticos y la ausencia de ganglios linfáticos en la pieza quirúrgica determinaron la elección del tratamiento adyuvante con inmunomoduladores: Interferón alfa-2 b humano recombinante(HEBERON)(B₀s 3, 5 y 10⁶ U, iniciando con 3 millones de Unidades, tres veces a la semana la primera semana, 5 millones de Unidades tres veces por semana, la segunda semana y 10 millones de Unidades, tres veces por semana hasta finalizar el primer año de tratamiento, el segundo año se completara con 5 millones de Unidades tres veces a la semana. La paciente se encuentra en la primera tercera parte del tratamiento con una tolerancia al tratamiento y evolución satisfactoria.

No existe consenso con respecto a la frecuencia de controles que debieran tener los pacientes tratados por un cáncer renal, pero se recomienda que pacientes sometidos a nefrectomía radical debieran controlarse cada 3 a 4 meses durante el primer año, cada 6 meses durante los siguientes 2 años y posteriormente 1 vez al año, al menos por 10 años. En cada control debe realizarse una anamnesis y examen físico completo, radiografía de tórax, Hemograma completo con eritrosedimentación, exámenes de función renal y hepática. Estudio por imágenes de la cavidad abdominal (USG y URO-TAC) debiera solicitarse 2 veces al año los primeros 3 años y luego anualmente.¹¹

Es aconsejable realizar estudios citogenéticos cuando no existe otra causa o factor de riesgo que pueda justificar la aparición de este tumor como acontece en el caso presentado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1-European Network of. Cáncer Registries. Eurocirn versión 4.0 European incidence database V2.3, entity dictionary (2001), Lyon, 2001.

2-Neves RJ, Zincke H, Taylor WF Neves RJ, Zincke H, Taylor WF.Sociedad Americana del Cancer: Metastatic renal cell cancer and radical nephrectomy: identification of prognostic factors and not survival. monografía en Internet. citado 9 de mayo 2008 en Internet. disponible <http://www.cancer.org>

3- Pantuck AJ, Zisman A, Beildegren AS. The changing natural history of renal cells carcinoma. J Urol 2001; 166:1611-23.

4-Giménez JM, Donate MJ, Salinas AS, Lorenzo JG, Segura M, Hernández IR, Pastor H, Martínez 13, Cafiamares L. Virseda JA. Incidencia creciente del carcinoma de células renales. Actas Urol Esp 2006; 30(3):295-300.

5- Lindblad P. Epidemiology of renal cell carcinoma. Scand J Surg, 2004; 93:88-96.

6-Bergstrom A, Hsieh CC, Lindblad P, Lu CM, Cook NR, Wolf A. Obesity and renal cell cancer - a quantitative review. Br J Cancer, 2001;85:984-990.

7-Pischon T, Lahmann PH, Boeing H, Tjonneland A, Halkjaer J, Overvad K, et al. Body size risk of renal cell carcinoma in the European Prospective Investigation into Cancer and nutrition (EPIC). Int J Cancer, 2006;118:728-738.

8—McLaughlin JK, Lipworth L. Epidemiologic aspects of renal cell cancer. Semin Oncol, 2000;27:15-23.

9-Golbano J, Chicharro GJ, Otero 1, Serrano A. Epidemiología, etiología, clínica e historia natural del carcinoma de células renales. En: Oncología Urológica. 1^{era} edición. Resel L, Moreno J. Madrid, España. Edit. Grupo Saned. 2003; 311-22.

10-Gómez García 1, Burgos Revilla FJ, Sanz Mayayo E, Conde Somoza S, Quicios Dorado C, Pascual J et al. Metástasis en injerto renal de adenocarcinoma renal primario. Actas Urol Esp 2004; 28(6):458-61.

11-Kidney. In: American Joint Committee on Cancer. AJCC Cancer Staging Manual. 6th ed. New York, NY: Springer, 2002;323-5.

12-Hellanz Amo F, Verdú Tartajo F, Bielsa Carrillo A. Estudio de extensión en el adenocarcinoma renal. En: Hellanz Amo F, (editor) Tumores de riñón. Madrid, Ediciones Doyma. 2001; 123-35.

13-Janzen NK, Kim HL, Figlin RA, Beildegren AS. Surveillance after radical or partial nephrectomy localized renal cell carcinoma and management of recurrent disease. Urol Clin North Am. 2003 Nov; 30(4):843-52

14-Mickisch G, Carballido J, Hellsten S, Schulze H, Mensink H. Guidelines on renal cell cancer. Update February 2002. Disponible en <http://www.uroweb.org>

15-Herrera Puerto J, Soler Fernández J, Asuar Aydillo S, Domínguez Bravo C, Cabezudo Alzar J. Metástasis cerebral solitaria de un carcinoma de células renales. Actas Urol Esp 2003; 27(6):468-70.

16- Albanell J, Ross J. The Epidermal growth factor receptor (EGFR) and other growth factors and receptors. En: Molecular Oncology of Breast Cancer. Jones and Bartlett Publishers. Editors Dr. G. Hortobagyi, J. Ross. 2005: 256-275.

Recibido: 26 de Marzo de 2009.
Aprobado: 2 de Junio de 2009.

Dra. Teresita Llera Clausell· Capitán San Luís ¹ 64 e/e Pedro Téllez y Ormani
Arenado. Pinar del Río.

E-mail luiste@pincesa.pri.sld.cu