

Hipernefroma que simula tumor de glándula suprarrenal izquierda

Hypernephroma simulating a tumor of left adrenal gland

Jorge Luis Santana Pérez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-9292-9567>

Esteban Viera Hernández¹ <https://orcid.org/0000-0002-6784-4529>

Armando Rabí O´Reilly¹ <https://orcid.org/0000-0003-3508-4614>

¹Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. Ciego de Ávila, Cuba.

*Autor para la correspondencia: jorgelsantana730609@gmail.com

Recibido: 01/02/2021

Aceptado: 09/08/2021

Exposición del caso

Paciente blanco, masculino, con antecedentes de salud, que acudió al servicio de urgencia por presentar dolor lumbar izquierdo sin irradiación. El dolor comenzó siendo moderado, pero aumentó progresivamente hasta llegar a ser muy intenso, continuo, gravativo y pertinaz.

El paciente logró poco alivio con la administración de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos. Por tal motivo, se emplearon los opiáceos, que se mantuvieron en el transcurso del día, sin otro síntoma acompañante. Al examen físico el paciente solo mostraba una posición antálgica y la maniobra de puño percusión positiva.

Se le realizó un ultrasonido de urgencia mediante el cual se describe un hígado reactivo de bordes regulares que no rebasa el reborde costal. Tanto la vesícula biliar como el páncreas no presentaban alteraciones. Los riñones tenían tamaño y posición normales, sin litiasis ni dilataciones.

En proyección del polo superior del riñón izquierdo, contactando con este, se observó imagen semilunar ecoestructurada a la del parénquima renal de 59 mm por 44 mm con bordes irregulares que al efecto Doppler tiene escasa vascularización en su interior.

La vejiga estaba vacía, sin líquido libre en cavidad peritoneal. Se concluye que se trata de un tumor en la glándula suprarrenal izquierda. El paciente fue ingresado en el servicio de urología para su estudio.

Durante la hospitalización se realizaron los siguientes exámenes complementarios cuyos resultados fueron los siguientes:

Hemoglobina: 151 g/l

Velocidad de sedimentación globular: 55 mm/h

Leucograma: 11,1 x 10⁹/l

Glicemia: 4,8 mmol/l

Creatinina: 8,7 µmol/L

Ácido úrico: 298 µmol/L

Colesterol: 4,3 mmol/l

TGP: 20 u/l

TGO: 58 u/l

Fosfatasa alcalina: 113 u/l

Proteína C reactiva: 40,84 umg/l

Tiempo de coagulación: 8 minutos

Tiempo de sangramiento: 1 minuto

Conteo de plaquetas: $250 \times 10^9/l$

Grupo B y Rh: positivo.

Se procede a realizar una tomografía axial computarizada multicorte, técnica mediante la cual se confirma que tanto el hígado, la vesícula biliar y el bazo tienen un aspecto normal. Se constata lesión que ocupa espacio de 52 x 52 mm que contacta con el polo superior del riñón izquierdo y produce irregularidad. Esta lesión ocupa la región de la glándula suprarrenal izquierda con realce periférico, sin adenopatías. Se concluye que se trata de un tumor de glándula suprarrenal izquierda (Fig. 1).



Fig. 1- Tomografía axial computarizada. Lesión en la región de la suprarrenal izquierda que contacta con el polo superior del riñón.

Con el diagnóstico de tumor de la glándula suprarrenal izquierda fue llevado al quirófano, donde se le practicó una nefrectomía radical (Fig. 2). El estudio anatomopatológico describe macroscópicamente riñón de 90 mm x 60 mm x 60 mm. El riñón conserva su anatomía y está muy adherido a la suprarrenal que mide 50 mm x 40 mm x 35 mm difícil de separar, con áreas congestivas y pérdida de su anatomía de color gris amarillento.

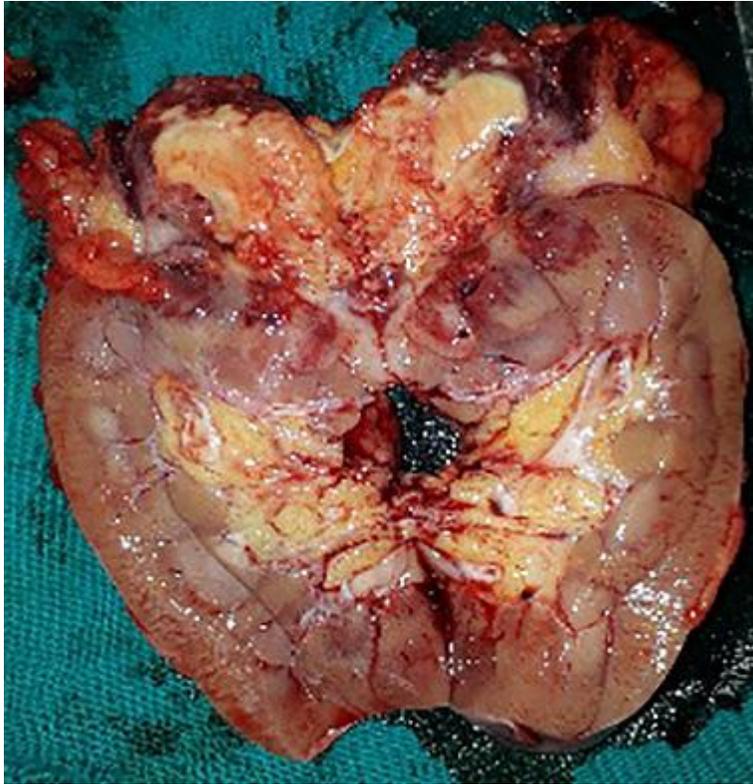


Fig. 2- Imagen macroscópica del carcinoma renal.

Según el estudio microscópico, se concluye que se trata de un tumor de células renales (variante de células claras y cromófabo) que infiltra la suprarrenal grasa perirrenal y perisuprarrenal. Ganglios linfáticos 1/1 infiltrado (Fig. 3).

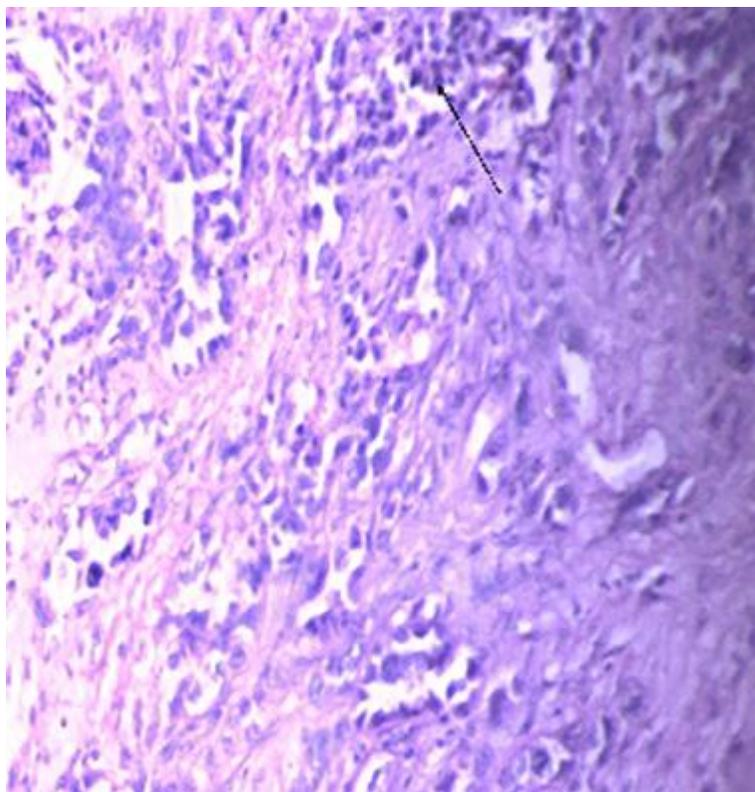


Fig. 3- Imagen histológica del carcinoma renal, variante de células claras y cromófabo.

Comentario

El hipernefroma se origina en el parénquima renal. A medida que se expande comprime el tejido renal adyacente y desplaza los cálices, los vasos sanguíneos y la pelvis. Estas estructuras se deforman y tienden a rodear la masa tumoral.

De igual forma las venas renales y la cava son invadidas. Secundariamente a esto se puede producir un varicocele. Se han estudiado diversos factores de riesgo como el consumo de café y tabaco; el cadmio y derivados del petróleo como contaminantes industriales; anomalías cromosómicas asociadas al brazo corto del cromosoma 3, así como pacientes sometidos a diálisis y trasplante renal.

Las metástasis ocurren por vía sanguínea y afectan el hígado, el pulmón o los huesos largos. Ocasionalmente afectan el cerebro, las glándulas suprarrenales y

los bronquios. Además, se reportan metástasis en sitios raros como la piel y el corazón.⁽¹⁾

La tríada sintomática clásica se caracteriza por la presencia de hematuria (40 %), dolor en flanco y masa renal palpable. Múltiples son las manifestaciones clínicas, ya sean por la presencia del tumor y sus metástasis o por la reacción del organismo a sustancias con actividad biológica elaboradas por el propio tumor como la renina y la eritropoyetina.

Se puede presentar priapismo, circulación colateral, síndrome febril prolongado, síndrome de disfunción hepática (no metastásico) y otros signos y síntomas dependientes de las metástasis como disnea, hemoptisis y fracturas patológicas.⁽²⁾

El diagnóstico se ha facilitado con los avances tecnológicos actuales. El ultrasonido resulta ser muy útil en la evaluación de masas sólidas renales, su localización y extensión en la cavidad abdominal. La tomografía axial computarizada logra el diagnóstico definitivo y un estadiamiento efectivo de la enfermedad para su posterior tratamiento.

En la decisión del tratamiento se evalúa el estadio de la enfermedad para propiciar así un manejo adecuado. La nefrectomía radical es la conducta más efectiva, debido a la ineffectividad de la radioterapia y la resistencia que presenta el tumor a la quimioterapia. Se han empleado anticuerpos monoclonales, el interferón alfa y la interleucina -2.

Además, se han desarrollado nuevos fármacos biológicos como los inhibidores de tirosina-quinasa (sorafenib y sunitinib) con efecto antiangiogénico, los cuales han permitido aumentar la supervivencia de pacientes con enfermedad en estadios avanzados.^(1,2)

Referencias bibliográficas

1. Sánchez-Biosca A, Ramos-Lázaro J, Niño-Aragón E, Blancafort-Planas J. Metástasis tardías de carcinoma renal de células claras. Rev Esp Casos Clin Med Intern. 2017 [acceso 18/01/2021];2(2):102-4. Disponible en: <https://reccmi.redaccioncto.com/mod/page/view.php?id=345>
2. Chaljub Bravo E, Bermúdez Yera GJ, Viñales Torres A, Allende González A, López González L, Mirabal Rodríguez R, et al. Rara coincidencia de dos tumores: mixoma cardíaco e hipernefroma. Presentación de un paciente. Cor Salud. 2018 [acceso 27/01/2021];10(4):330-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702018000400330&lng=es

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.