



<http://www.elsevier.es/semergen>

409/12 - SÍNDROME DE STAUFFER EN EL CÁNCER RENAL

F. Escobedo Espinosa¹, A. Ocaña Padilla², R. Peinado Guerrero³, Á. Díaz Barroso¹, M. Tejero López¹, J. Serrat Muñoz¹

¹Centro de Atención Primaria Llefià. Badalona. Barcelona. ²Centro de Atención Primaria Ocata-Teià. El Masnou. Barcelona. ³Centro de Atención Primaria Bufalà-Canyet. Badalona. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente asintomático de 60 años, sin alergias medicamentosas conocidas y de profesión encargado de obras. Antecedentes patológicos de exfumador, obesidad, hipertensión (HTA), dislipemia mixta, diabetes mal controlada. En tratamiento farmacológico con enalapril, hidroclorotizida, amlodipino, metformina, sitagliptina y simvastatina. Con mala adherencia al tratamiento, tanto a las medidas de cambio de estilo de vida como al farmacológico. Acude a consulta para visita de control de los factores de riesgo cardiovascular.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física destacan cifras tensionales elevadas (164/95) y una hepatomegalia leve no presente en visitas previas. En la analítica se observa una alteración del perfil hepático. Dicha alteración ya existía en analíticas previas, pero se observaba un empeoramiento muy importante, sobre todo a expensas de la gamma glutamiltransferasa (145 U/l) y de la fosfatasa alcalina (329 U/l). La ecografía abdominal: masa en el tercio superior de riñón derecho de aproximadamente 40 × 35 cm compatible con neoplasia renal. TAC abdominal con contraste, donde se observa una lesión exofítica cortical en polo superior de riñón derecho de 37 × 38 cm, con un área hipodensa central sugestiva de necrosis y toda la periferia que capta y lava contraste. Sugiere hipernefroma como primera opción diagnóstica. No existen ganglios mesentéricos, pélvicos ni retroperitoneales de tamaño significativo. No se identifican lesiones focales hepáticas, ni en otros órganos pélvicos. No líquido libre intraabdominal.

Juicio clínico: El paciente fue derivado al servicio de urología con el diagnóstico de sospecha de carcinoma de células renales y de síndrome paraneoplásico de Stauffer. Se realiza nefrectomía parcial derecha laparoscópica. La anatomía patológica informa de carcinoma renal de células claras.

Diagnóstico diferencial: Existen numerosos tipos de lesiones sólidas renales, tanto benignas como malignas. Entre las malignas cabe destacar el carcinoma de células renales. Otras lesiones malignas a tener en cuenta son el linfoma, las metástasis y el carcinoma de células transicionales.

Comentario final: El cáncer renal representa aproximadamente el 2% del total de neoplasias. Es más frecuente en hombres que en mujeres y su incidencia es mayor en la década de los 60. El tabaquismo, la HTA, la obesidad y la exposición profesional con sustancias como el cadmio, los derivados del petróleo o el asbesto se consideran factores de riesgo. Se encuentran síndromes paraneoplásicos en alrededor del 30% de los pacientes con cáncer renal sintomático. El síndrome de Stauffer es una manifestación paraneoplásica que consiste en una disfunción hepática no metastásica, relativamente frecuente en los pacientes con diagnóstico de carcinoma de células renales. Este síndrome desaparece una vez que la lesión tumoral ha sido controlada y

se asocia con un pronóstico desfavorable.

Bibliografía

- Chow WH, Gridley G, Fraumeni JF Jr, Jarvholm B. Obesity, hypertension, and the risk of kidney cancer in men. *N Engl J Med.* 2000;343(18):1305-11.
- Hunt JD, van der Heijden OL, MacMillan GP, Boffeta P, Brennan P. Renal cell carcinoma in relation to cigarette smoking: meta-analysis of 24 studies. *Int J Cancer.* 2005;114(1):101-8.
- Stauffer MH. Nephrogenic hepatosplenomegaly. *Gastroenterology.* 1961;40:694.
- Morla D, Alazemi S, Lichtstein D. Stauffer's syndrome variant with cholestatic jaundice a case report. *J Gen Intern Med.* 2006;21(7):C11-C13.