

LXI Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Urología

Presentación de casos clínicos



Caso clínico cerrado

De-León Jaén Siviardo C, Sierra-Mendoza Juan M, Vásquez-Delgado Lorena R, Cortes-Gudiño Francisco J, Martínez-Castro Miguel A. Hospital Angel Leaño, Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.

Paciente masculino LRA de 61 años que acudió a consulta de urología por cuadro de hematuria macroscópica intermitente de una semana de evolución, niega otra sintomatología, así como pérdida de peso, astenia, adinamia y con buen estado general. En sus antecedentes personales niega tabaquismo, alcoholismo o alergias no padece enfermedades como diabetes hipertensión arterial, hace 12 años fue operado por RTU por tumor vesical de células transicionales grado II Asch T1 N0 Mo siendo manejado con instilaciones intravesicales de nitomicina C y cistoscopias de controles negativas y dado de alta hace 4 años, evolucionando satisfactoriamente. Sus signos vitales y examen físico resultaron normales.

Tumor renal diagnosticado en mujer embarazada, caso clínico abierto

Fernández-Noyola Gerardo, Cantellano-Orozco Mauricio, Morales-Montor Gustavo, Pacheco-Gahbler Carlos. Hospital General Dr. Manuel Gea González. México, D.F.

Caso Clínico: mujer de 35 años de edad, católica, estudios de Primaria incompleta; niega antecedentes crónico degenerativos, alérgicos, así como transfusiones, tabaquismo y etilismo; antecedentes quirúrgicos positivos de 2 cesáreas.

AGO: G2 C2; FUR hace 32 semanas. Cursa con embarazo normoevolutivo, controlado por las Divisiones de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Padecimiento actual: Inició 24 hs antes de su ingreso al servicio de urgencias por un cuadro de hematuria macroscópica total indolora, acompañada de coágulos amorfos de inicio espontáneo, el cual no había remitido, por lo que acudió a urgencias de ginecología.

Se cumplió el protocolo de estudio completo y se halló lo siguiente: Hb de 7.7 g/dL, hematocrito de 22%, EGO con eritrocitos incontables, así como abundantes leucocitos y resultado positivo de nitritos.

Se solicitó USG obstétrico, con el que se detectó embarazo gemelar de aproximadamente 29 semanas de gestación, con ambos productos vivos y crecimiento intrauterino reducido para la edad gestacional.

Por USG renal obtuvo una imagen hiperecoica en polo superior del riñón derecho, de más o menos 5 cm de diámetro, acompañado de ectasia bilateral.

Por resonancia magnética nuclear se observaron signos de tumoración renal derecha dependiente de lóbulo superior, de 5 cm de diámetro. La imagen se reforzó al administrar gadolinio, con aumento del calibre de las venas renal y cava inferior, por debajo del diafragma.

Se administraron hemotransfusiones y se practicó cistoclasia en el servicio de obstetricia; la hematuria remitió de manera espontánea al cuarto día de hospitalización, periodo en el cual se administraron medicamentos para maduración pulmonar fetal.

Se atendió a la paciente en consulta externa, con vigilancia estrecha, y al alcanzar la edad gestacional de 35 semanas, determinada por FUR, cual se practicó cesárea sin complicaciones.

Dos semanas después de la cirugía, se programó nefrectomía radical derecha, la cual se llevó a cabo sin complicaciones.

Caso clínico cerrado

Gaona-Reyes Alma D, Martínez-Canseco Jesús. Centro Médico Santa Fe. León, Guanajuato, México.

Paciente de género femenino, de 46 años de edad; originaria y residente de la ciudad de León, Guanajuato, casada, estudios hasta 6° año de Primaria, católica, con trabajo de intendente; tuvo resultados negativos en estudios de AHF y de toxicomanías.

APP: Cuatro cesáreas, la última hace 12 años; padece asma desde los 6 años de edad y su última crisis fue hace 8 años.

AGO: Menarca a los 12 años; ritmo 30 x 4, con irregularidad en los últimos tres periodos. IVSA 22 años, G IV, P 0, C 4.

Problema: Dolor lumbar izquierdo leve a moderado desde hace 5 años, intermitente, que cede al tomar antibióticos y analgésicos no especificados. Hace un mes, el dolor se volvió intenso e incapacitante; es un dolor de tipo punzante que se localiza en región lumbar izquierda, en el ángulo costovertebral (a nivel de L1-L2), sin irradiaciones y acompañado de escalofríos, síndrome consuntivo y distensión abdominal intermitente. Acudió al Servicio de Urgencias del IMSS en repetidas ocasiones, donde le aplicaron medicamentos

no especificados por ella y que sólo aliviaban el dolor por unas horas. Al regresar a su domicilio, el dolor regresaba con las mismas características. Como no logró ninguna mejoría después de 3 días de acudir al IMSS, decidió acudir al Servicio de Urgencias de un hospital privado.

A la exploración física se observó aspecto de la paciente acorde con su edad real, facies álgica y pálida (++), signo de Giordano izquierdo positivo, síndrome consuntivo y síndrome febril.

EGO: pH 5.6, leucocitos 3-4/c, eritrocitos negativos, bacterias (-), cristales, glucosa, proteínas, urobilinógeno negativo.

BH: Hb 11, Hto 36, leucocitos 16 000, segmentados 80%, bandas 6%; los demás parámetros fueron normales.

Glucosa, 110 mg/dL; urea, 22 mg/dL; Cr, 0.9 mg/dL, ácido úrico 4.5 mg/dL.

Placa simple, urografía excretora y TAC se comentarán en sesión.

Síndrome de Stauffer. Caso clínico cerrado

Flores-Terrazas Efraín, Castro-Marín Melchor, López-Silvestre Julio César, Campos-Salcedo José Gadu, Zapata-Villaiba Miguel Ángel, Mendoza-Álvarez Luis Alberto, Estrada-Carrasco Carlos Emmanuel, Martínez-Juárez Noé Esaúl, Terrazas-Ríos José Luis

Antecedentes: Hasta en un 20% de los casos, el carcinoma renal se relaciona con síndromes paraneoplásicos, los cuales pueden ser precursores de enfermedad primaria o recurrente, por lo que su identificación facilita el diagnóstico temprano de carcinoma renal de células claras. Se desarrolla disfunción hepática en 10 a 15% de los pacientes con carcinoma renal de células claras no metastásico.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con 49 años de edad, hipertensión de reciente diagnóstico y sin antecedentes quirúrgicos, quien sufre trastorno con evolución de 2 meses,

con ataque al estado general de salud, anorexia y pérdida de peso de 10 kg, así como coluria, acolia y prurito generalizado, por lo que se le diagnosticó síndrome de Stauffer secundario a carcinoma renal de células claras.

Discusión: El carcinoma renal de células claras se caracteriza por diversas manifestaciones, a veces oscuras, que constituyen un paradigma latente. Dado que los múltiples signos y síntomas iniciales son sistémicos y poco específicos, se ha dado en llamarle el "tumor del internista". La tríada clásica de hematuria, dolor en el flanco y masa palpable (tríada de Guyon) sólo aparece en 10% de los pacientes. Este caso ilustra la importancia del diagnóstico temprano de tumor renal por sus manifestaciones clínicas sistémicas para estar en posibilidad de ofrecer tratamiento quirúrgico adecuado.

Conclusiones y revisión bibliográfica: el síndrome de Stauffer fue descrito inicialmente en 1961 en pacientes con carcinoma renal de células claras no metastásico. También se le llamó "hepatomegalia nefrótica". Por lo general, la disfunción hepática remite después de nefrectomía. La incidencia puede variar de 3 a 20%. Se producen cambios bioquímicos de incremento en la concentración sérica de fosfatasa alcalina, disproteinemia, prolongación del tiempo de protrombina, hepatoesplenomegalia y cambios histológicos no específicos. Las causas son múltiples mecanismos de lesión hepatocelular, secreción de hepatotoxinas por el tumor y activación del sistema inmunitario contra hepatocitos. Asimismo se ha relacionado con producción de citocinas por el tumor, sobre todo IL-6. Las principales manifestaciones clínicas son hepatoesplenomegalia, aumento en la concentración de fosfatasa alcalina, disminución de la de albumina sérica y prolongación del tiempo de protrombina. Este síndrome no es exclusivo de carcinoma renal de células claras, pues también aparece con liomiosarcoma, angiosarcoma, histiocitoma maligno, adenocarcinoma bronquial y cáncer próstata.