
Diagnóstico temprano de las neoplasias renales desde Atención Primaria. Serie de casos

Yalenne Alonso Pérez¹, José Manuel Toscano Pardo².

1. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Arístides Hernández Morán, Puerto del Rosario, Fuerteventura, Islas Canarias, España.
2. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Arístides Hernández Morán, Puerto del Rosario, Fuerteventura, Islas Canarias, España. Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria.

Contacto: Yalenne Alonso Pérez, yalonsop2006@yahoo.es.

Dirección: Centro de Salud Dr D. Arístides Hernández Morán, C/ Presidente Hormiga esquina Presidente Juan Negrín s/n, Puerto del Rosario, 35600 Las Palmas, España.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno en la realización del presente estudio.

Citar como: Alonso Pérez Y, Toscano Pardo JM. *Diagnóstico temprano de las neoplasias renales desde Atención Primaria. Serie de casos.* fml. 2017; 21(20):4p

Resumen

Dada la poca expresividad clínica de los tumores renales en sus etapas iniciales y el incremento continuo de su incidencia, su diagnóstico temprano, supone la mejor opción disponible.

Incluir las neoplasias renales en el diagnóstico diferencial unido al uso de algoritmos de decisión puede ayudar a conseguir este objetivo. Esto se ilustra con cuatro casos clínicos de presentación sucesiva en un periodo de nueve meses en una consulta de Atención Primaria.

Introducción

El cáncer renal es la undécima neoplasia más frecuente en hombres y la decimoquinta en mujeres a nivel mundial, y representa aproximadamente un 2% de todos los cánceres. Los pacientes con tumores renales en España suponen el 3 % de los tumores malignos con una tendencia al aumento en ambos sexos¹.

La mayoría de los pacientes con cáncer renal permanecen asintomáticos mientras la enfermedad no está diseminada, aproximadamente un 40% de estos pacientes se diagnostican incidentalmente por una exploración ecográfica o tomográfica por otro motivo². La típica asociación de hematuria, masa abdominal y dolor en costado (triada de Guyon) solo está presente en el 9 % de los casos y se relaciona con estadios avanzados de la enfermedad.

En Atención Primaria frecuentemente evaluamos pacientes con dolor en flanco y hematuria, que atribuimos etiológicamente como primera opción a litiasis renal y/o infección urinaria. Presentamos cuatro casos de dolor lumbar y/o hematuria, cuyo diagnóstico inicial fue de cólico nefrítico en el servicio de urgencias. Tras anamnesis y cuidadosa exploración física en consulta, y con una actitud de sospecha activa fueron finalmente diagnosticados de cáncer renal.

Se describen cuatro casos aparecidos en un periodo de nueve meses pertenecientes a una consulta del Centro de Salud Doctor Arístides Hernández Morán, Puerto del Rosario, Fuerteventura.

Descripción de los casos clínicos:

Caso número 1: Hombre de 52 años, exfumador. Hipertenso controlado (ARAI). Motivo consulta (MC) cuatro episodios de dolor lumbar izquierdo, irradiado al abdomen (cólico nefrítico) en los últimos tres meses. Persistencia de dolor a pesar del tratamiento con AINE. Ecografía Urgencias (Eco-U): Hidronefrosis GII-III sin imágenes de litiasis. TAC: Carcinoma de células transicionales. Anatomía Patológica: Carcinoma Papilar Grado I.

Caso núm. 2: Mujer de 53 años, fumadora (1 paquete/día). Hipertensa controlada (IECA). MC: dolor de costado izquierdo de un mes de evolución, dos episodios de cólico nefrítico con intensa sintomatología neurovegetativa. Examen físico: masa palpable en hipocondrio

izquierdo. Eco-U: Masa con ecogenicidad no homogénea de 11,5 x 8,3 cm en polo inferior del riñón izquierdo. TAC: Neoplasia renal AP: Carcinoma renal de células claras.

Caso núm. 3: Mujer de 69 años, fumadora pasiva. Hipertensa controlada (IECA) Con dolor en flanco derecho de meses de evolución, dos episodios de hematuria franca, diagnosticada como cólico nefrítico. Examen Físico: Masa palpable en hipocondrio derecho. ECO-U: Masa vascularizada 12,74 centímetros riñón derecho. TAC Masa sugerente de carcinoma de células renales. A. Patológica: Carcinoma de células renales.

Caso núm. 4: Mujer de 67 años, no fumadora, hipertensa controlada (ARAI). Obesidad. MC: dolor de meses de evolución en flanco e hipocondrio derecho. Examen físico: dolor a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho. ECO-U: Tumoración sólida de 9 mm compatible con angiomiolipoma en riñón derecho.

Los síntomas más frecuentes fueron el dolor, presente en todos los casos, y la hematuria ausente en solo un paciente.

Dos de los pacientes presentaron la triada de Guyon (dolor, masa palpable y hematuria). Ninguno de los pacientes presentó alteraciones de la función renal.

Tres de los casos requirieron tratamiento quirúrgico inmediato (nefrectomía), sin indicación de tratamiento paliativo posterior.

El pronóstico en los casos 2 y 3 es reservado a pesar de que no hay evidencia de invasión ganglionar, ni metástasis. Según clasificación TNM, el caso número 2 tiene una supervivencia cáncer específica en 5 años de 32% y el caso número 3 de 67%.

De los tres pacientes diagnosticados de cáncer renal el caso número 1 tiene el mejor pronóstico, por tratarse de una neoplasia de bajo grado con una sobrevida cáncer específica en 5 años de 89%³ (TNM.). La clasificación de Fuhrman⁴ exclusivamente nuclear y ampliamente utilizada, ha demostrado buena correlación con el pronóstico. La supervivencia a los cinco años puede oscilar de la siguiente forma: 50-100%: grado 1, 30-94%: grado 2, 10-80%: grado 3, 9-66%: grado 4.

Todos los pacientes han tenido una evolución favorable con mejoría sintomática, excepto el caso número 4, en el que persiste el dolor

abdominal con control evolutivo urológico que definirá la conducta a seguir, siendo su pronóstico favorable por tratarse de un tumor benigno. (Tabla 1)

La media del número de consultas hasta la derivación a especializada fue de tres.

El tiempo transcurrido desde la primera consulta hasta la derivación al servicio de urología presentó gran variabilidad, siendo derivados con mayor rapidez los casos más sintomáticos. (Tabla 2)

Discusión

Llama la atención que la tasa cruda de incidencia en nuestro país de tumores renales es de 13.8/100 000 y ajustada por edad 7.9/100 000 (incluye sintomáticos y asintomáticos). En nuestra consulta, la tasa cruda es de 4/1500 cuando estos tumores se presentan sintomáticamente, lo cual supone un número superior de casos sin descubrir que no puede ser detectado por permanecer asintomáticos. Estos datos nos exigen ser más cuidadosos en la anamnesis y examen físico (palpación abdominal) del paciente con dolor de costado y hematuria, incluyendo al cáncer renal como probable causa de los síntomas. Así fue contemplado en el manejo de nuestros cuatro pacientes.

No existe en el momento actual evidencia suficiente para recomendar el cribado sistemático del tumor reno ureteral en la población general asintomática ni existe un instrumento fiable para ello; por lo tanto, la detección a partir de sus manifestaciones clínicas más iniciales y el diagnóstico temprano, suponen la mejor opción disponible.

Teniendo en cuenta la elevada frecuencia de hematuria en la consulta cotidiana y la estrecha relación que guarda con las neoplasias renales, nos parece necesario proponer una nueva visión y manejo de la misma en Atención Primaria. (Algoritmo 1)

Algoritmo basado en una aproximación inicial con sistemático de orina y sedimento asociado a cuatro situaciones clínicas o modelos de presentación habitual en consulta. (Algoritmo 2)

El correcto uso de las guías clínicas y de las pruebas diagnósticas (Eco-U) desde AP permite hacer un diagnóstico adecuado posibilitando la derivación inmediata a urología para su tratamiento, lo que permite el diagnóstico temprano con el consiguiente aumento en la supervivencia del paciente.

Los estudios de estimación de incidencia, prevalencia y mortalidad del cáncer renal

indican una tendencia al aumento lo cual debe ser considerado para planificar medidas de prevención y diagnóstico más efectivas⁵.

Bibliografía

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC.
2. Lee CT, Katz J, Fearn PA, Russo P. Mode of presentation of renal cell carcinoma provides prognostic information. *UrolOncol* 2002 Jul-Aug;7(4):135-40. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12474528> (consultado el 3/11/2016)
3. Algaba, F., Arce, Y., Trias, I., Santaularia, J. M., & Antonio Rosales, A. (2006). Aplicación clínica de las actuales clasificaciones del cáncer renal. *Actas Urológicas Españolas*, 30(4), 372-385.
4. Fuhrman, S. A., Lasky, L. C., & Limas, C. (1982). Prognostic significance of morphologic parameters in renal cell carcinoma. *The American journal of surgical pathology*, 6(7), 655-664.
5. Souza, D. L. B., & Bernal, M. M. (2012). Incidencia, prevalencia y mortalidad del cáncer renal en España: estimaciones y proyecciones para el período 1998-2022. *Actas Urológicas Españolas*, 36(9), 521-526.

Anexos

Tabla 1. Síntomas y Signos por casos.

Caso	Dolor	Masa Palpable	Hematuria	Tratamiento	Evolución	Pronostico
1	+	-	+	Nefroureterotomía Izquierda laparoscópica	Asintomático . Estudios de extensión negativos.	Favorable por ser neoplasia de bajo grado.
2	+	+	+	Nefrectomía radical Izquierda con exéresis de 15 centímetros de colon.	Asintomática . Estudios de extensión negativos	Reservado. Fuhrman 4 (T4N0M0)
3	+	+	+	Nefrectomía radical derecha.	Asintomática . Estudios de extensión negativos	Reservado. Fuhrman 3 (T3N0M0)
4	+	-	-	Seguimiento por urología.	Dolor abdominal	Favorable por ser tumoración benigna. (Seguimiento por Urología).

Tabla 2. Tiempo de evolución, número de consultas y tiempo trascurrido desde la primera consulta hasta la derivación a especializada.

Caso	Tiempo inicio síntomas	Nº consultas antes de derivación	Tiempo desde la primera consulta hasta la derivación
1	3 meses	4	1 mes
2	1 mes	2	8 días
3	6 meses	2	11 días
4	5 meses	3	3 meses