

Poliglobulia roja en el carcinoma renal

Por el Dr. Rolando César Hereñú

La asociación de un carcinoma renal con un aumento considerable en el recuento de eritrocitos ha sido señalada por diversos autores. Según Monti (1963), Bliss en 1929 habría sido el primero en suponer que este hecho no constituía una mera coincidencia. Si bien han sido comunicados casos aislados de este tipo, no hay duda de que el trabajo de Damon y colaboradores de 1958 con el aporte concreto de diez casos personales y la revisión crítica de la bibliografía, tuvo una lógica repercusión y se convirtió en clásico material de consulta en la casuística ulterior. También la comunicación de Lawrence y Donald de 1959, que observan además de en tumores poliglobulina roja en las hidronefrosis, merece ser citada.

Aún cuando la exacta interpretación patogénica no está definitivamente establecida, no es de extrañar esta asociación frente al cúmulo de datos clínicos y experimentales que especialmente en los últimos años vienen señalando al riñón como un importante y aparentemente fundamental elemento productor de un agente humoral estimulante de la eritropoiesis. Parece incluso según los datos aportados por Osnes (1958), Hirashima y Takaku (1962) y Mitus y Toyama (1964) que el sitio de producción de la eritropoietina es el aparato yuxtaglomerular.

Estos últimos autores experimentaron con conejos a los que provocaron hidronefrosis unilateral desencadenándoles en un alto porcentaje una eritrocitosis, reversible luego de la nefrectomía. Tratando de explicar la estimulación observada en el aparato yuxtaglomerular se plantean algunas hipótesis que serían valederas para cualquier tipo de lesión expansiva o comprensiva capaz de alterar la normal circulación y provisión de oxígeno a esta estructura.

A juzgar por los casos publicados, sin embargo, no es una eventualidad frecuente. La gran mayoría de los carcinomas de riñón no ofrece poliglobulia. Pero si tomamos el problema a la inversa como lo ha hecho Damon y colaboradores, uno de cada tres po-

licitémicos con episodios de hematuria, resultan portadores de un cáncer de riñón. La incidencia global dentro de los eritrémicos, de un carcinoma renal, sería de alrededor del 4%. Según el propio Damon, la eritremia se da en menos del 1% de los carcinomas de riñón.

CASO CLINICO

A fines de 1963 nos consulta el Sr. D. B., argentino de 58 años, residente en San Lorenzo, Pcia. de Santa Fe.

En los últimos 4 meses había tenido dos hematurias francas, la segunda de ellas seguida de un cuadro fugaz de cólico renal derecho por coágulos. Traía un examen radiográfico de fecha 9-8-63. El urograma excretor mostraba una evidente alteración de tipo tumoral en polo superior del riñón derecho. Clínicamente nada llamaba la atención fuera de un polo inferior renal palpable de ese lado y de un incipiente adenoma de próstata que no daba mayor repercusión funcional. Se solicita nuevo estudio radiográfico y análisis.

El hemograma de fecha 2-1-64 es el siguiente:

Hematíes: 6.450.000 por mm^3 . Hemoglobina: 18,2 gr. por 100.

Leucocitos: 7.800 por mm^3 . Fórmula normal. Plaquetas 220.000 por mm^3 . Eritrosedimentación 9/18. Hematocito 61.

El nuevo urograma de excreción del día 3-1-64 resulta confirmatorio del anterior.

Dado el hallazgo de la poliglobulia roja, hasta ese momento ignorada, se trató de descartar una policitemia vera. El estudio clínico respectivo era totalmente negativo. No se alcanzaba a palpar bazo.

No obstante que en esta afección³ es la regla el aumento de la serie blanca y las plaquetas, se efectuó una determinación de fosfatasa alcalina en los granulocitos neutrófilos según el método de Kaplow.

El valor informado el 9 de enero de 1964 fue de 12. Este era indicativo de una policitemia secundaria.

El resto de los exámenes de laboratorio era normal, Tórax normal. Presión arterial 145/110.

El día 10/1/64 se opera mediante lumbotomía amplia con resección de la duodécima costilla. Sin mayores dificultades se aborda precozmente el pedículo desde la cara posterior del polo inferior, que se deja reclinar con facilidad. Se liga y secciona. Se hace lo propio con el uréter a diez cm. de la pelvis. Se extrae la glándula en block con la envoltura celuloadiposa de su polo superior. Se cierra por planos dejando un tubo de drenaje. La pieza muestra que la mitad superior del riñón está ocupada por un tumor de parénquima que tiene el tamaño y la forma de una naranja y que aparentemente está encapsulado. Hay, no obstante, un pequeño trombo neoplásico insinuándose en una de las venas correspondientes a ese polo, que no llega a la vena principal. Histológicamente se trataba de un epiteloma renal a células claras con numerosas figuras mitóticas y monstruosidades nucleares. Por lo demás, su estructura no ofrecía nada de particular. El postoperatorio fue libre de incidencias. El enfermo se dio de alta a los diez días con la herida cerrada.

El nuevo control del hemograma el 10/1/64 es el que sigue:

Hematíes: 5.200.000 por mm^3 . Leucocitos: 7.900 por mm^3 . Hemoglobina 16,2 gr. por 100. Plaquetas 260.000 por mm^3 . Eritro 9/15. Hematocrito 49.

El paciente evoluciona los primeros meses sin problemas y no vuelve a la consulta. En febrero de 1965 inicia un cuadro rotulado como de hipertensión endocraneana y estudiado se encuentran también metástasis pulmonares. La cifras de glóbulos rojos mostraron en los últimos análisis tendencia a la anemia. Fallece con un cuadro cerebral en marzo de 1965. No se practicó estudio necropsico.

COMENTARIO

En el caso presentado se puede descartar firmemente el diagnóstico de eritremia vera de Vaquez. Esta afección rara vez deja de ofrecer esplenomegalia y pancitemia. Pero el valor obtenido con la prueba de Kaplow es de gran importancia puesto que en la eritremia vera siempre el índice de Kaplow se halla considerablemente aumentado y en nuestro enfermo estaba dentro de las cifras normales bajas (el índice normal varía entre 5 y 70).

Por lo tanto, era evidente que se trataba de una policitemia roja secundaria, similar a la que se produce en los estados de hipoxia crónica.

No tuvimos a disposición elementos para determinar en este caso la saturación de oxígeno arterial. Pero no había signos ni motivos para una insuficiencia cardíaca, ni problemas pulmonares en el momento de descubrirse la poliglobulia. Por el contrario, cuando meses más tarde aparecieron metástasis en el pulmón, no hubo nuevo ascenso del recuento rojo.

La remisión de la alteración hemática luego de la nefrectomía parece un hecho categórico, sobre todo considerando que no se hizo ningún otro tipo de terapéutica capaz de producir tal mejoría. Salvo el uso de un antiblástico en el inmediato pre y postoperatorio y durante la intervención, no se recurrió a fármacos activos, del tipo de los usado en la enfermedad de Vaquez (P 32), ni a expoliaciones sanguíneas deliberadas. Tampoco hubo, por cierto, hemorragia operatoria de consideración.

El tiempo de bienestar de este paciente, lamentablemente no fue tan prolongado como para sacar conclusiones más valiosas, pues en los últimos meses entraron a jugar factores tóxicos anemizantes, por la diseminación neoplásica.

No obtuvimos datos de interés en el estudio histológico de la pieza. Nada había, en apariencia, que diferenciara esta neoplasia, de las comunes que transcurren sin eritremia. Sin embargo, creemos que el mejor conocimiento de los hechos experimentales puede llegar a descubrir elementos aún desconocidos, sea en el propio tumor como —más verosimilmente— en el parénquima renal adyacente.

RESUMEN

Se presenta y comenta un caso de carcinoma renal de alta malignidad que en el hemograma presentaba poliglobulia roja, la cual remitió después de la nefrectomía. Se mantuvo su remisión durante el tiempo de sobrevivida del enfermo, que fue de catorce meses, al cabo de los cuales falleció con metástasis múltiples.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Castro - Mendoza, H. J.- Posible influencia del riñón en la hematopoyesis. Estudios experimentales en perros. Rev. Clin. Españ. 77: 186, 1960.
- 2.- Damon, A.; Holub, D. A.; Melikow, M. M.; Uson, A. C.- Polycythemia and renal carcinoma. Am. J. Med. 25: 182, 1958.
- 3.- Hirashima, K.; Takaku, F.- Experimental studies on erythropoietin. Blood. 20: 1, 1962.
- 4.- Kaplow, L. - A histochemical procedure for localizing and evaluating leukocyte alkaline phosphatase activity in smears of blood and marrow. Blood. 10: 1023, 1955
- 5.- Lawrence, J. H.; Donald, W. G. Polythemia and hydronephrosis or renal tumors. Ann. Int. Med. 50: 959, 1959.
- 6.- Martínez - Maldonado, M.; Menéndez - Corrada, R.; Rivera de Sala, A.- Diagnostic value of alkaline phosphatase in leukocytes. Am. J. Med Sciences. 248: 175, 1964.
- 7.- Masson, M.- Le facteur érythropoïétique produit par le rein. Presse Méd. 69: 2138, 1961.
- 8.- Mitus, W. J.; Toyama, K. Experimental renal erythrocytosis. Arch. of Pathol. 78: 658, 1964.
- 9.- Monti, G.; Il controllo renale della emopoiesi: La eritropoietina. Il Policlinico (Med). 70:307, 1963.
- 10.- Osnes, S. An erythropoietic factor produced in the kidney. Brit. Med. J. 2: 1387, 1958.

*

DISCUSION

DR. BERNARDI.- Puedo decir que yo, hace más o menos 14 años, vi un enfermo con hematurias y tumoración renal. Se trataba de un tumor bastante grande, más o menos palpable, y le propuse hacer una nefrectomía. Lo perdí de vista. Hace unos años concurre un enfermo con una enorme tumoración y hematurias, y en el examen me encontré con poliglobulia de 6.200.000 glóbulos rojos. Tuve que hacerle una nefrectomía por vía abdominal amplísima. Era una enorme tumoración que llenaba el riñón con poliglobulia. El enfermo lleva dos años desde la operación, en perfectas condiciones.

DR. HEREÑU.- Las cifras actuales, doctor?

DR. BERNARDI.- Después le hice un examen y llegó a 5.000.000 de glóbulos rojos.

DR. PAGLIERE.- Recientemente hemos intervenido un enfermo con hidronefrosis de nueve litros, aproximadamente, que tenía poliglobulia de 6.800.000 más o menos. Posteriormente a la intervención, ha habido regresión de la poliglobulia; se tratada de una policitemia secundaria. Todavía no ha llegado a la normalización. Pensamos presentar el trabajo.