



## *Hialinosis segmentaria y focal secundaria a adenocarcinoma gástrico*

M. Carrillo, G. Fernández Fresnedo, E. Rodrigo y M. Arias

Servicio de Medicina Interna y Nefrología. Hospital Marqués de Valdecilla.

Sr. Director:

Las neoplasias malignas se asocian raramente con cambios glomerulares, siendo considerados en su mayoría como eventos paraneoplásicos. La lesión glomerular más frecuentemente encontrada en pacientes con este tipo de enfermedades es la glomerulonefritis membranosa<sup>1</sup>, pudiéndose encontrar también casos de nefropatía por cambios mínimos, glomerulonefritis membranoproliferativa, rápidamente progresiva, nefropatía Ig A o amiloidosis<sup>2</sup>.

Presentamos el caso de una mujer de 69 años remitida al servicio de Medicina Interna por cuadro de edemas de extremidades inferiores de tres meses de evolución acompañado de náuseas, anorexia y epigastralgia. Como antecedentes personales destacaba únicamente una hipertensión arterial de larga evolución. A la exploración física destacaba una presión arterial de 170/90 mmHg, un soplo sistólico panfocal grado II/IV a la auscultación cardíaca y edemas con fóvea hasta región inguinal. En la analítica se objetivaba unas cifras de hemoglobina de 10,6 g/dl, un hematocrito de 30,7% y una discreta leucopenia con el resto de parámetros hematológicos normales. En el perfil bioquímico destacaba: creatinina 2,2 mg/dl, urea 62 mg/dl, colesterol 507 mg/dl, proteínas totales 3,8 g/dl, albúmina 1,8 g/dl, calcio 7,5 mg/dl con el resto de parámetros dentro de la normalidad. En el elemental y sedimento podían observarse 5 a 10 hematíes campo y la proteinuria cuantificada de 24 horas era de 10 g/día. La ecografía renal demostró unos riñones normales con doppler de venas y arterias normales. Se realizó interconsulta a Nefrología procediéndose a la realización de biopsia renal con el resultado siguiente: 14 glomérulos de los cuales el 18% presentaban adherencias capsulares con colapso glomerular focal e inmunofluorescencia negativa compatible con hiali-

nosis segmentaria y focal, iniciándose tratamiento con esteroides.

Dada la persistencia de epigastralgia se realizó tránsito gastrointestinal sin hallazgos y gastroscopia que evidenciaba una úlcera con rebordes sobreelevados e irregulares en la incisura angular sugestiva de malignidad que fue biopsiada con el resultado de adenocarcinoma de tipo intestinal ulceroinfiltrante de 3 cm de diámetro de bajo grado, que infiltraba hasta la capa muscular propia (pT2a). Seguidamente se retiraron los corticoides y tras ser valorada por el Servicio de Cirugía General y ante la ausencia de diseminación, se realizó intervención quirúrgica realizándose una gastrectomía parcial con evolución satisfactoria. Tras la intervención se observó una disminución progresiva de la proteinuria hasta normalización así como mejoría de función renal presentando en la actualidad una creatinina de 1,2 mg/dl.

Los tumores malignos se pueden asociar con la aparición de síndromes glomerulares, tanto síndromes nefróticos como nefríticos, aunque se trata de un fenómeno raro. Los carcinomas de mama, pulmón, estómago y colon son los que más a menudo se relacionan con glomerulopatías, especialmente la glomerulonefritis membranosa<sup>1</sup>, aunque se han encontrado casos en los que puede también relacionarse con otras glomerulopatías como la enfermedad por cambios mínimos, la glomerulonefritis membranoproliferativa, las glomerulonefritis rápidamente progresiva o la amiloidosis. La resección del tumor en todos ellos suele ir en ocasiones asociada con la resolución de la patología renal como es el caso que nos ocupa, pudiendo reaparecer con la recidiva neoplásica. La hialinosis segmentaria y focal se ha descrito en pacientes con enfermedad de Hodgkin y menos a menudo en linfomas no Hodgkin o leucemia<sup>4</sup>. Muy pocas veces se ha relacionado con tumores sólidos y menos aun con hialinosis segmentaria y focal<sup>5</sup>. Por tanto, las patologías glomerulares secundarias a tumores malignos pueden ser muy variadas. Además, todo paciente especialmente mayor de 50 años, que sufre síndrome nefrótico debería ser valorado para descartar un tumor maligno.

**Correspondencia:** Gema Fernández  
Servicio de Medicina Interna y Nefrología  
Hospital Marqués de Valdecilla  
Avda. de Valdecilla  
39008 Santander. España.  
E-mail: nefffg@humv.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lefaucheur C, Stenegel B, Nochy D, Martel P, Hill GS, Jacquot C, Rossert J. GN-PROGRESS Study Group: Membranous nephropathy and cancer: epidemiologic evidence and determinants of high-risk cancer association. *Kidney International* 70: 1510-1517, 2006.
2. Wągrowska-Danilewicz M, Danilewicz M: Glomerulonephritis associated with malignant diseases of non-renal origin. A report of three cases and a review of the literature. *Pol J Pathol* 46 (3): 195-8, 1996.
3. Keur I, Krediet RT, Arisz L: Glomerulopathy as a paraneoplastic phenomenon. *Neth J Med* 34: 270-284, 1989.
4. Mallouk A, Pham PT, Pham PC: Concurrent FSGS and Hodgkin's lymphoma: case report and literature review on the link between nephrotic glomerulopathies and hematologic malignancies. *Clin Exp Nephrol* 10: 284-289, 2006.
5. Erigichi N, Aoyagi S, Hara M, Tanaka E, Hashimoto M: A case of gastric cancer with nephrotic syndrome. *Kurume Med J* 45: 283-286, 1998.