

11246



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

**MANIFESTACIONES PARANEOPLASICAS
EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA RENAL**

" ESTUDIO REALIZADO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO
DE ADENOCARCINOMA RENAL TRATADOS EN EL CENTRO
MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE DURANTE
EL PERIODO DE ENERO 1998 A DICIEMBRE 2002 "

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LA ESPECIALIDAD EN
U R O L O G Í A
P R E S E N T A :
DR. MARIO RENÉ BOLAÑOS PORRAS**

**ASESOR DE TESIS:
DR. ERNESTO NEAVE SANCHEZ**



MÉXICO, D.F.,

2004

m346930

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

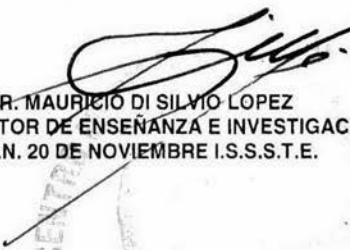



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso


DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL


Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

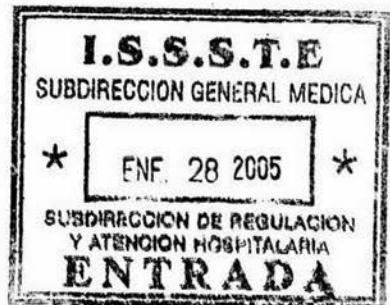
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


DR. MAURICIO DI SILVIO LOPEZ
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
C.M.N. 20 DE NOVIEMBRE I.S.S.S.T.E.


DR. ALBERTO VELARDE CARRILLO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE UROLOGÍA
C.M.N. 20 DE NOVIEMBRE I.S.S.S.T.E.


DR. ERNESTO NEAVE SANCHEZ
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE UROLOGÍA Y ASESOR DE TESIS
C.M.N. 20 DE NOVIEMBRE


DR. MARIO RENÉ BOLAÑOS PORRAS
MÉDICO RESIDENTE DE ÚLTIMO AÑO DE UROLOGÍA
C.M.N. 20 DE NOVIEMBRE I.S.S.S.T.E.



DEDICATORIA:

Acto que dedico a:

- Mi Señor y Dios, quien con su mano de bendición me permitió llegar a la meta, y cuya palabra he guardado en él corazón desde niño Josué 1: 9.
- Mi Padre quien me dió esta oportunidad que él siempre añoró, y a quien dedico este triunfo.
- Mi Madre por su apoyo y amor.
- Mi Esposa (Lucía) por tu amor, apoyo, fuerza y comprensión; y quien me dió el mejor regalo del mundo: Mis hijos.
- Andrés y Andrea a quien amo con todo mi corazón y quienes son el motor y la fuerza que me mueve, siendo esto motivo de ejemplo en sus vidas.
- Mis hermanas y hermano por su apoyo, ayuda y amor.
- Mi Guatemala.

INDICE

1.- RESUMEN

2.- ABSTRACTO

3.- ANTECEDENTES

4.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

5.- RESULTADOS

6.- DISCUSIÓN

7.- CONCLUSIONES

8.- ANEXOS

9.- BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

Los síndromes paraneoplásicos en pacientes portadores de cáncer renal ocurren en un 15 a 20%. El curso de los síndromes es usualmente paralelo al curso del tumor. Involucra manifestaciones endócrinas, metabólicas, hematológicas, neuromusculares y dermatológicas.

El objetivo de este estudio es describir la frecuencia de manifestación de síndromes paraneoplásicos en los pacientes diagnosticados y tratados por cáncer renal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", determinar la incidencia en cuanto a edad y sexo y establecer la frecuencia de recurrencia tumoral mediante los síndromes paraneoplásicos.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo. Se seleccionó a todos los pacientes que padecieron cuadro de cáncer renal, en quienes se realizó un tamizaje en busca de hallazgos que orienten a la presencia de síndromes paraneoplásicos. Se tomaron en cuenta las variables de edad, sexo, unidad renal, presencia de Síndrome Paraneoplásicos y aparición de recidivas en períodos comprendidos de 6, 12, 18 y 24 meses de evolución del padecimiento.

Se concluye que la unidad renal más frecuente encontrada es la derecha y predomina en el sexo masculino sin predominio de edad. El síndrome paraneoplásico más frecuente es la velocidad de eritrosedimentación elevada (VES) que predomina en menores de 50 años, en el sexo masculino y en la unidad renal izquierda; seguida por la hipercalcemia que predomina en mayores de 50 años sin predominio de sexo y en la unidad renal izquierda, la eritrocitosis que predomina en menores de 50 años sin predominio de sexo y en la unidad renal izquierda y la anemia que predomina en mayores de 50 años sexo femenino y sin predominio de unidad renal. En cuanto a recidivas estas se presentan con mayor frecuencia a los 18 meses de evolución y en el sexo femenino, sin predominio de edad ni de unidad renal.

ABSTRACT

The paraneoplastic syndromes in patients diagnosed with renal carcinoma occurred in a 15% to 20% of the patients. The natural history of the syndromes occurred paralleled to the development of the manifestations of the tumor. It involves endocrine, metabolic, hematological, neuromuscular and dermatological manifestations. The main objective of this study is to describe the frequency of the paraneoplastic syndromes manifestations, in the patients diagnose and treated of renal carcinoma in the "20 Noviembre Medical Center", by determination of the incidence in sex relationships and age, determination of the frequency of the tumor recurrence by the paraneoplastic syndromes. We did an investigative retrospective and descriptive study. We selected all of the patients that were diagnosed with renal carcinoma during the period of 1998 to 2002, in which we did a sieve searching for data that oriented to the presence of paraneoplastic syndromes. We took in mind variables of age, sex, renal unit afflicted and the presence of paraneoplastic syndromes, with the presence of tumor recurrence with a follow up of 6, 12, 18 y 24 month post operation. We concluded that the renal unit more afflicted was in frequency the right kidney; with sex predominance in the male patients and no age significant predominance. The paraneoplastic syndrome more frequently found during the study was the erithrosedimentation rate, which predominates in patients younger than 50 years, in the male patient and in those who had the left kidney involment; followed by the hypercalcemia witch predominance specially in patients older than 50 years without sex predominance, but still the involvement of the left renal unit, the polycythemia did predominate in patients younger of 50 years with no sex predominance and still left renal unit afflicted; the anemia which predominates en patients older than 50 with a female predominance and no renal unit predominance. About the tumor recurrence manifested by paraneoplastic syndromes with a frequency of the 18 months in the female patients predominantly, without age and renal unit significance.

ANTECEDENTES

Durante los últimos años la evolución científica ha sido impresionante, mejorando y tecnificando la calidad de vida del ser humano. En el campo urológico estos avances a pasos agigantados no han sido la excepción; hoy en día las técnicas de detección temprana y diagnóstico del cáncer renal de la variedad de células claras se han manifestado como en otros padecimientos neoplásicos con un conjunto de signos, síntomas y hallazgos de laboratorio que ponen de manifiesto en primera instancia un diagnóstico precoz o en algunas otras un hallazgo de extensión tumoral, los síndromes paraneoplásicos en pacientes portadores de cáncer renal ocurren en un 15 a 20% de los pacientes (1,2). El curso de los síndromes es usualmente paralelo al curso del tumor. Involucra manifestaciones endocrinas, metabólicas, hematológicas, neuromusculares y dermatológicas.

Por definición entendemos por síndrome paraneoplásico a los efectos a distancia de una neoplasia que no es atribuida a invasión directa ni a metástasis tumoral.

Sin embargo muchos médicos urólogos no toman en cuenta estos hallazgos tanto al inicio del estudio del paciente como posoperatoriamente pasando por alto las posibles recurrencias tumorales que pudiesen tener.

Por definición podemos decir que es un complejo de síntomas y signos en pacientes portadores de cáncer, los cuales no pueden especificarse; o sea por diseminación local o distante del mismo. La incidencia reportada es del 15 al 20% de todos los tumores. Los síndromes paraneoplásicos comprometen una amplia variedad de los efectos sistémicos asociados con la neoplasia. Desde el tiempo en que Trousseau reportó la asociación de síndromes paraneoplásicos asociados al cáncer de estómago, se han relacionado distintos tipos de síndromes con casi todos los tipos de neoplasia.(1)

Los síndromes paraneoplásicos pueden constituir una manifestación temprana de la enfermedad neoplásica, pudiendo ser utilizados tanto como marcadores tumorales o también como indicadores de enfermedad metastásica.

En cuanto a las malignidades urológicas que se encuentran asociadas con una amplia variedad de síndromes paraneoplásicos en particular el adenocarcinoma renal es el más común asociado a la presencia de este síndrome (2).

Síndromes Paraneoplásicos en el paciente cáncer renal:

Aproximadamente el 30% de los pacientes con neoplasia renal en un inicio o en una fase posterior al tratamiento presentará manifestaciones de síndrome paraneoplásico. Sin embargo esta incidencia podría no ser real debido a que muchas de estas manifestaciones clínicas fueron obviadas en su estudio en el pasado. Sin embargo, la mayoría de signos y

síntomas en pacientes con adenocarcinoma renal son producidos por efectos humorales del cáncer, mas que por una extensión directa y destrucción del mismo.(5,6)

Los síndromes paraneoplásicos se clasifican:

Síndromes no específicos

Síndromes específicos

Síndromes No específicos

Anormalidades hematológicas: Diversos desórdenes han sido asociados a cáncer renal. Entre estos se ha reportado anemia en un 28 a 88% de los pacientes con adenocarcinoma renal, pudiendo ser el síntoma debutante en un 10% de ellos. La patogenia de esta anemia es desconocida y no se ha demostrado que se encuentre asociada a sangrados o a reemplazo tumoral en la médula ósea (5,7). Se encuentra asociada a una disminución de los niveles de hierro o transferrina, vida media eritrocitaria corta y mala respuesta de la médula ósea a la anemia(4). Se ha encontrado un incremento de la velocidad de sedimentación globular en un 60 a 80% de los pacientes con adenocarcinoma renal(8).

Disfunción Hepática reversible:

Este trastorno fue descrito por Stauffer, quien describió el síndrome por la alteración de las pruebas hepáticas, en pacientes con adenocarcinoma renal en ausencia de metástasis hepática, en un 13 a 30% (9,10,11). La disfunción hepática se acompaña por una elevación principal de los niveles de fosfatasa alcalina en la mayoría de los pacientes. se presenta hepato esplenomegalia hasta en un 50%, prolongación de los tiempos de coagulación, aumento de la alfa globulina e hipoalbuminemia en un 66%, hipergamaglobulinemia en un 54%, incremento de la bilirrubina en un 27% y un aumento de la glutamil transpeptidasa en un 18%. Se han propuesto diversas teorías etiológicas sobre esta disfunción hepática entre las que se incluyen la secreción tumoral de hepatotoxinas o enzimas lisosómicas (12). En cuanto a la biopsia hepática en pacientes con disfunción hepática reversible se revela una hepatitis reactiva con proliferación de las células de Kupffer degeneración hepatocelular y triaditis portal; cuyos cambios revierten seguida la nefrectomía. El fallo de la normalización hepática posterior a la cirugía de riñón se asocia con un pronóstico desfavorable, que incluye resección incompleta o una metástasis no reconocida que conlleva a una supervivencia pobre con un 75% de muertes en el primer año de la cirugía.

Fiebre:

Se manifiesta en los pacientes con adenocarcinoma renal en un 20%, en los cuales no existe una fuente específica para la misma. Y de éstos el 2 ó 12% presentan como la única manifestación clínica del tumor. Se ha postulado como teoría que la necrosis tumoral produce liberación de pirógenos, toxinas, prostaglandinas y estimulación de mecanismos inmunológicos.

Amiloidosis:

Ocurre en el 8% de los pacientes con adenocarcinoma renal; debe sospecharse en pacientes con síndrome nefrótico asociado a disfunción renal. La patogenia de este padecimiento es desconocida aunque se ha postulado la presencia de plasmacitosis de la médula ósea (14).

Neuropatía:

Manifestación poco común asociada a diversos desórdenes neurológicos, de etiología desconocida.

Síndromes Específicos:

Hipercalcemia:

Asociada en un 5 a 13% de los pacientes con cáncer renal, debida a lesiones osteolíticas metastásicas, que producen una activación de los osteoclastos que ocasiona una liberación de calcio excesiva, que impide la regulación renal del mismo lo que produce hipercalcemia(13,15). En pacientes en los que no se ha demostrado extensión ósea se ha presentado una hipercalcemia de origen humoral, que ocasiona un pseudohiperparatiroidismo que se caracteriza por elevación sérica del calcio, pérdida de fosfato, disminución de los niveles séricos de 1,25-DIOH Vitamina D3 y disminución de la PTH(15). Otros factores asociados con la hipercalcemia se incluyen Prostaglandina E. Factor de crecimiento transformador alfa y beta, factor activador osteoclastico y el factor estimulador de la colonia.

Eritrocitosis:

La eritrocitosis paraneoplásica se diferencia de la policitemia Vera por la ausencia de leucocitosis, trombocitosis y esplenomegalia; y de la policitemia secundaria por la baja saturación de oxígeno y se presenta en un 3 a 10% de los pacientes con adenocarcinoma renal (13). Se han documentado niveles elevados de eritropoyetina y precursores de eritropoyetina como causa de la eritrocitosis en pacientes con adenocarcinoma renal.

Hipertensión:

Es debida principalmente a hiperreninemia, fístula arterio venosa, policitemia, hipercalcemia, obstrucción y metástasis cerebrales.

Prostaglandinas:

Las prostaglandinas han sido asociadas con hipercalcemia y secreción de eritropoyetina.

Gonadotropinas:

La elevación de la gonadotropina coriónica humana ha sido reportada en un 6% de los pacientes con adenocarcinoma renal (2,13). En los hombres esta sobreproducción de GCH puede causar ginecomastia, disminución de la libido, y la presencia elevada en orina y niveles elevados plasmáticos de GCH. En mujeres pueden ocurrir hirsutismo, amenorrea y otros signos de masculinización.

Síndrome Cushing:

Se presenta en menos del 2% de Carcinoma de células renales y se debe a la producción ectópica de ACTH. **(2,16)**

Prolactina:

Se ha reportado hiperprolactinemia en un pequeño número de pacientes, con manifestación de galactorrea.**(3,13)**

Insulina, glucagon y enteroglucagon:

Producción ectópica de estas sustancias, en un porcentaje mínimo de pacientes con adenocarcinoma renal **(16)**.

El objetivo de este estudio es describir la frecuencia de manifestación de síndromes paraneoplásicos en los pacientes diagnosticados y tratados por cáncer renal en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", determinar la incidencia en cuanto a edad y sexo, y determinar la frecuencia de recurrencia tumoral mediante los síndromes paraneoplásicos.

El estudio pretende constituir un signo clínico de detección temprana o de recurrencia tumoral.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo. Se seleccionó a todos los pacientes que padecieron cáncer renal, en quienes se realizó un tamizaje en busca de hallazgos que orienten a la presencia de síndromes paraneoplásicos; realizado en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE, durante el período comprendido de enero de 1998 a diciembre del 2002.

Se estudió a todos los pacientes diagnosticados y tratados por cáncer renal en la institución y durante el período antes mencionado. Se incluyeron todos los registros médicos de pacientes con diagnóstico de cáncer renal diagnosticados y tratados por el servicio de urología.

Se tomaron en cuenta las variables de edad, sexo, unidad renal, presencia de Síndrome Paraneoplásicos (hipercalcemia, eritrocitosis, hipertensión, HGC elevada, Sx de Cushing, hiperprolactinemia, deficiencia de insulina/glucagon, anemia, VES elevada, coagulopatía, fiebre, amiloidosis, neuropatía) y aparición de recidivas en periodos comprendidos de 6, 12, 18 y 24 meses de evolución del padecimiento.

El análisis fue a través de frecuencias, porcentajes, media e intervalos de confianza ($p < .05$, $Z = 1.96$) para variables descriptivas y Wilcoxon y χ^2 para comparación entre variables ($p < .05$ como significativo).

RESULTADOS

Se estudió un total de 39 pacientes de los cuales el 64% fue del sexo masculino y el 36 % del sexo femenino (cuadro 1, gráfica 1). El 71% correspondió a unidad renal derecha y el 29% a unidad renal izquierda (cuadro 2, Gráfica 2). El promedio de edad fue de 55 años con un intervalo de confianza de 3.5 años (IC =3.5 años) (cuadro 3).

Los síndromes paraneoplásicos que se presentaron con más frecuencia fueron VES elevada (69% IC=7.5%), hipercalcemia (47% IC= 11.2%), eritrocitosis (43% IC=9.5 %) HAT (35% IC= 9.8%), PFH (18% IC= 9.9%) y finalmente fiebre (7% IC=6.3%). (cuadro 4, gráfica 3)

El mayor porcentaje de recidivas fue a los 18 meses con un 5.1% y en los restantes periodos el porcentaje de recidivas fue el mismo 2.5 %, lo anterior no tiene significancia estadística debido a que el intervalo de confianza supera al porcentaje obtenido en cada uno de los periodos (cuadro 5, gráfica 4)

Dividiendo a la población estudiada en dos grupos de edad < 50 años y > de 50 se obtuvo:

Comparando grupos de edad y sexo, el sexo femenino predomina en el grupo de < 50 años (68%) y el masculino en el grupo de > 50 años (46%) no encontrando diferencia estadísticamente significativa entre grupos ($\chi^2 p<.05$) (cuadro 6, gráfica 5)

Comparando grupos de edad y unidad renal, la unidad renal derecha predomina tanto en el grupo de < 50 años (68%) como en el grupo de > 50 años (75%) no encontrando diferencia estadísticamente significativa entre grupos ($\chi^2 p<.05$) cuadro 7, gráfica 6).

Con respecto a Sx paraneoplásicos por grupo se observó que las mayores diferencias entre grupos de edad fue en la HTA (55% en < 50 años vs 29% en > 50 años) la eritrocitosis (55% vs 29%) la hipercalcemia (36% vs 46%) y el VES (61% vs 64%) no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre grupos ($\chi^2 p<.05$) (cuadro 8, gráfica 7).

La mayor diferencia de recidivas entre grupos se presentó a los 12 (9% vs 0%) y a los 18 meses (0%, 7%) no encontrando diferencia estadísticamente significativa entre grupos ($\chi^2 p<.05$) (cuadro 9).

Dividiendo a la población estudiada por sexo se obtuvo:

Comparando los promedios de edad por sexo no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre grupos (Wilcoxon $p < .05$) (cuadro 10).

Comparando sexo y unidad renal, la unidad renal derecha predomina tanto en el sexo masculino (80%) como en el femenino (57%), no encontrando diferencia estadísticamente significativa entre grupos ($\chi^2 p < .05$) cuadro 11, gráfica 8).

Con respecto a Síndromes paraneoplásicos por sexo se observó que las mayores diferencias entre grupos de edad fue en la HTA (28% para el sexo masculino vs 40% para el sexo femenino), y la VES elevada (93% vs 40%), se encontraron diferencia estadísticamente significativas en la VES elevada por sexo ($\chi^2 p < .05$) (cuadro 12, gráfica 9).

La mayor diferencia de recidivas entre grupos se presentó a los 24 meses (0% vs 4%), no encontrando diferencia estadísticamente significativa entre grupos ($\chi^2 p < .05$) (cuadro 13).

Dividiendo a la población estudiada por unidad renal se obtuvo:

Comparando los promedios de edad por unidad renal no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre grupos (Wilcoxon $p < .05$) (cuadro 14).

Comparando unidad renal y sexo, la unidad renal derecha predomina en el sexo masculino (71%) y la unidad renal izquierda predomina en el sexo femenino (55%) se encontrando diferencia estadísticamente significativa entre unidad renal derecha y sexo masculino ($\chi^2 p < .05$) cuadro 15, gráfica 10).

Con respecto a síndromes paraneoplásicos por unidad renal se observó que las mayores diferencias entre grupos de edad fue en la hipercalcemia (39% para la unidad renal derecha vs 55% para la unidad renal izquierda), el VES (68% vs 72%), y la eritrocitosis (46% vs 55%) no se encontraron diferencia estadísticamente significativas entre grupos ($\chi^2 p < .05$) (cuadro 16, gráfica 11).

La mayor diferencia de recidivas entre grupos se presentó a los 12 y 24 meses (0% vs 9%), no encontrando diferencia estadísticamente significativa entre grupos ($\chi^2 p < .05$) (cuadro 17).

DISCUSION

La unidad renal más frecuentemente afectada fue la derecha; sin embargo, en los estudios reportados en la literatura no se encontró una incidencia significativa en cuanto a la unidad renal afectada, no habiendo predilección de acuerdo al lado afectado.

Se evidenció un predominio en cuanto a género, siendo el sexo masculino el más afectado concordando con la literatura la cual reporta una incidencia hombre / mujer de 2:1; referente a la edad de incidencia concuerda con lo estipulado en diferentes series que estos pacientes son afectados predominantemente entre la 5ta. y la 6ta. décadas de la vida.

El síndrome paraneoplásico más frecuente es la VES elevada que predomina en menores de 50 años, en el sexo masculino y en la unidad izquierda, esto es estadísticamente similar a lo encontrado en la literatura en donde se encontró que existe una incidencia del 60% al 80% de frecuencia de VES elevada, aunque en la literatura no se reporta una tendencia en cuanto al género y la unidad renal afectada.

La hipercalcemia que predomina en mayores de 50 años sin predominio de sexo y en la unidad izquierda, en este estudio fue del 47%; dato elevado a lo reportado en la literatura que el porcentaje de presentación oscila entre el 13% al 20%.

La eritrocitosis que predominó en menores de 50 años sin predominio de sexo y en la unidad renal izquierda se manifestó en el 43%, siendo más alta de lo reportado por la literatura hasta en un 10%. Este dato podría estar influido por el estado de poliglobulia que presentan los habitantes de la ciudad de México que en su mayoría conforman la serie estudiada.

La anemia que predomina en mayores de 50 años sexo femenino y sin predominio de unidad renal estuvo alrededor del 30% en este estudio, comparado con una incidencia similar a la reportada en la literatura que va del 28% al 80% de los pacientes con adenocarcinoma renal.

En cuanto a recidivas estas se presentaron con mayor frecuencia a los 18 meses de evolución y en el sexo femenino, sin predominio de edad ni de unidad renal, esto puede justificarse en nuestro estudio en donde se encontró un mejor seguimiento de los casos en el posoperatorio de los pacientes de sexo femenino.

La unidad renal izquierda presentó el mayor porcentaje de manifestación de síndromes paraneoplásicos. No se encontró en la literatura ningún estudio que dividiera o relacionara las manifestaciones paraneoplásicas con la unidad renal afectada.

CONCLUSIONES

- Se concluye que la unidad renal con la que más frecuentemente se asocia el síndrome paraneoplásico es la derecha, predomina en el sexo masculino y no hay predominio de edad.
- El síndrome paraneoplásico más frecuente consiste en VES elevada que predomina en menores de 50 años, en el sexo masculino y en la unidad izquierda; seguido por la hipercalcemia que predomina en mayores de 50 años sin predominio de sexo y en la unidad izquierda; la eritrocitosis que predomina en menores de 50 años sin predominio de sexo y en la unidad renal izquierda y la anemia que predomina en mayores de 50 años sexo femenino y sin predominio de unidad renal.
- En cuanto a recidivas éstas se presentan con mayor frecuencia a los 18 meses de evolución y en el sexo femenino, sin predominio de edad ni de unidad renal.
- La unidad renal izquierda presenta el mayor porcentaje de manifestación de síndromes paraneoplásicos.

ANEXOS

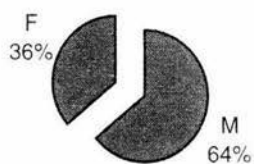
Falta página

N° 16

CUADRO 1.-% POR SEXO

	%
M	64
F	36

GRAFICA 1 PORCENTAJE POR SEXO



CUADRO 2.-% POR U. RENAL

	%
DER	71
IZQ	29

GRAFICA 2.-PORCENTAJE POR UNIDAD RENAL



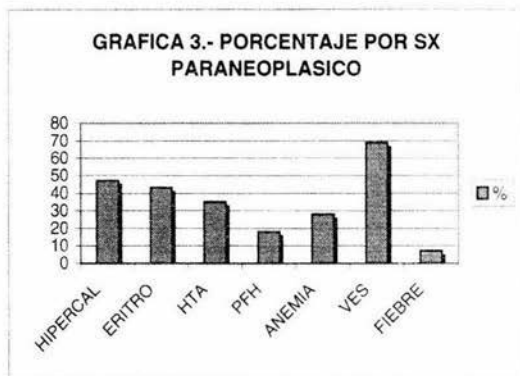
CUADRO 3.- EDAD

	MEDIA	IC P<.05
EDAD	55.08	3.5

CUADRO 4.- % SX PARANEOPLASICOS

	HIPERCAL	ERITRO	HTA	PFH	ANEMIA	VES	FIEBRE
%	47	43	35	18	28	69	7
IC P<.05	11.2	9.5	9.8	8.9	9.7	7.5	6.3

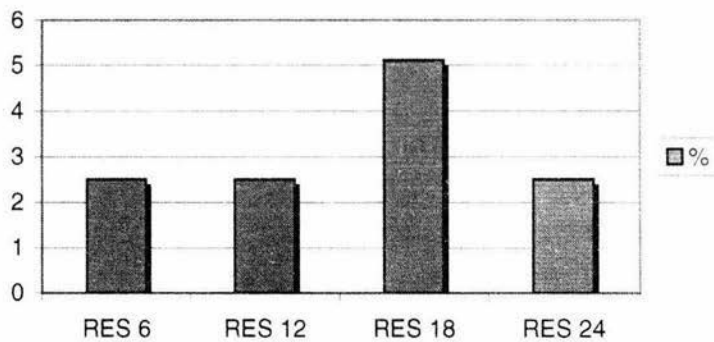
GRAFICA 3.- PORCENTAJE POR SX PARANEOPLASICO



CUADRO 5.-% DE RESIDIVAS POR PERIODO DE TIEMPO

	RES 6	RES 12	RES 18	RES 24
%	2.5	2.5	5.1	2.5
IC	3.9	3.9	5.4	3.9

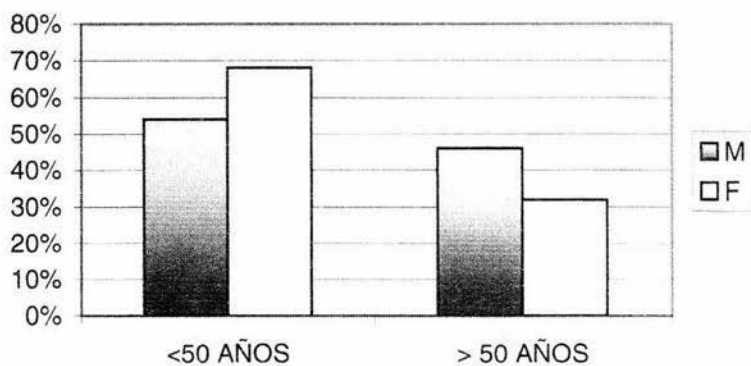
**GRAFICA-4 PORCENTAJE DE RECIDIVAS
POR PERIODO DE TIEMPO**



C-6.-% POR SEXO Y GRUPO DE EDAD

	<50 AÑOS	> 50 AÑOS
M	54%	46%
F	68%	32%
Jl2 P< .05	NO SIG	NO SIG

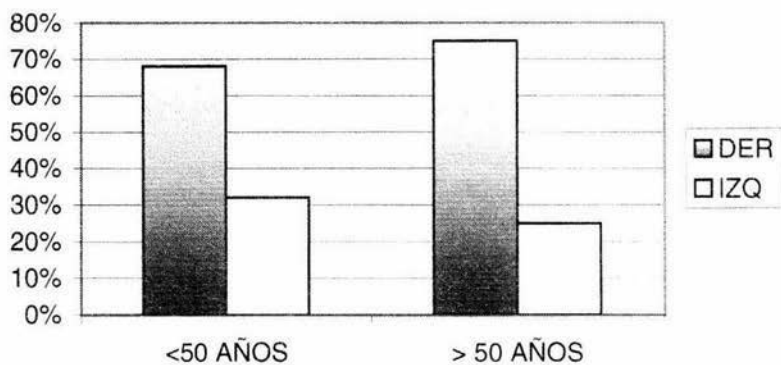
GRAFICA5.-SEXO POR GRUPOS DE EDAD



C-7.-% POR U. RENAL Y GPO DE EDAD

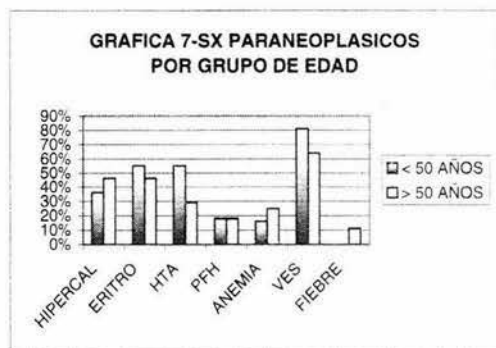
	<50 AÑOS	> 50 AÑOS
DER	68%	75%
IZQ	32%	25%
J12 P< .05	NO SIG	NO SIG

GRAFICA 6.-UNIDAD RENAL POR GRUPO DE EDAD



CUADRO 8.- % SX PARANEOPLASICOS POR GRUPO DE EDAD

	HIPERCAL	ERITRO	HTA	PFH	ANEMIA	VES	FIEBRE
< 50 AÑOS	36%	55%		55%	18%	16%	81%
> 50 AÑOS	46%	46%		29%	18%	25%	64%
Jl2 P< .05	NO SIG	NO SIG	NO SIG	NO SIG	NO SIG	NO SIG	NO SIG



C-9.-% DE RESIDIVAS POR PERIODO DE TIEMPO Y POR GRUPO DE EDAD

	RES 6	RES 12	RES 18	RES 24
< 50 AÑOS	0%	9%	0%	0%
> 50 AÑOS	3%	0%	7%	3.50%
J12 P< .05	NO SIG	NO SIG	NO SIG	NO SIG

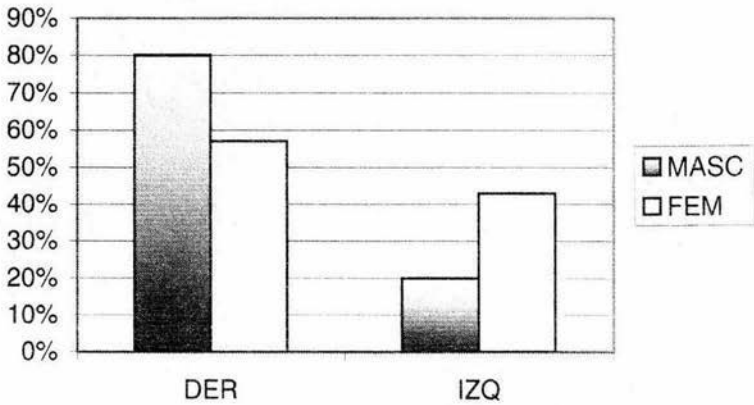
C-10.- EDAD POR SEXO

	MEDIA
MASC	64%
FEM	36%
WILCOXON	NO SIG

CUADRO 11.-% POR U. RENAL Y SEXO

	DER	IZQ
MASC	80%	20%
FEM	57%	43%
J12 P<.05	NO SIG	NO SIG

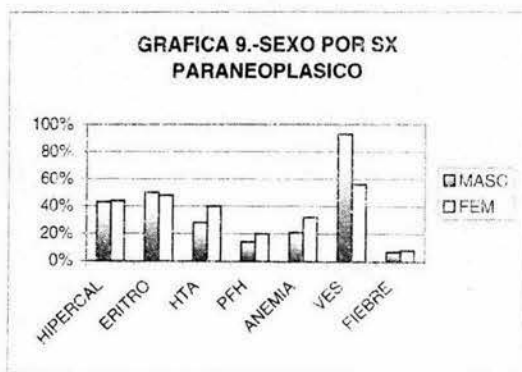
GRAFICA 8.-UNIDAD RENAL POR SEXO



CUADRO 12.- % SX PARANEOPLASICOS POR SEXO

	HIPERCAL	ERITRO	HTA	PFH	ANEMIA	VES	FIEBRE
MASC	43%	50%	28%	14%	21%	93%	7%
FEM	44%	48%	40%	20%	32%	56%	8%
J12 P< .05	NO SIG	NO SIG	NO SIG	NO SIG	NO SIG	SIG	NO SIG

GRAFICA 9.-SEXO POR SX PARANEOPLASICO



C-13.-% DE RESIDIVAS POR PERIODO DE TIEMPO Y POR SEXO				
	RES 6	RES 12	RES 18	RES 24
MASC	0%	0%	7%	0%
FEM	4%	4%	4%	4.00%
Jl2 P< .05	NO SIG	NO SIG	NO SIG	NO SIG

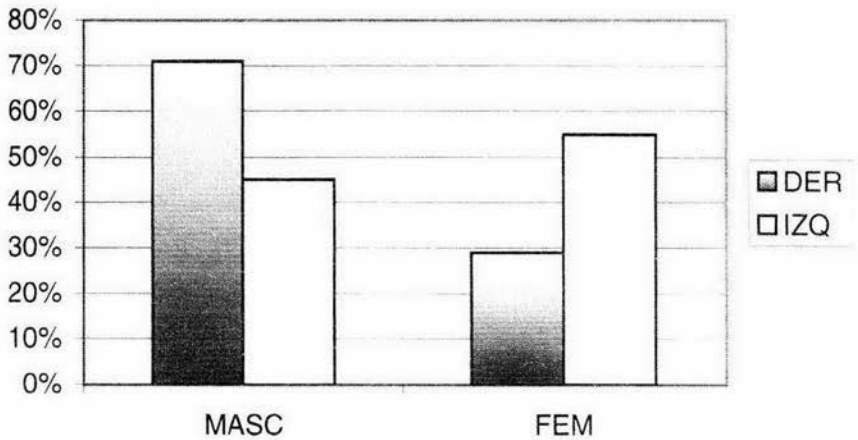
CUADRO 14.- EDAD POR UNIDAD RENAL

	MEDIA
DER	54.90
IZQ	55.50
WILCOXON	NO SIG

CUADRO 15.-% POR U. RENAL Y SEXO

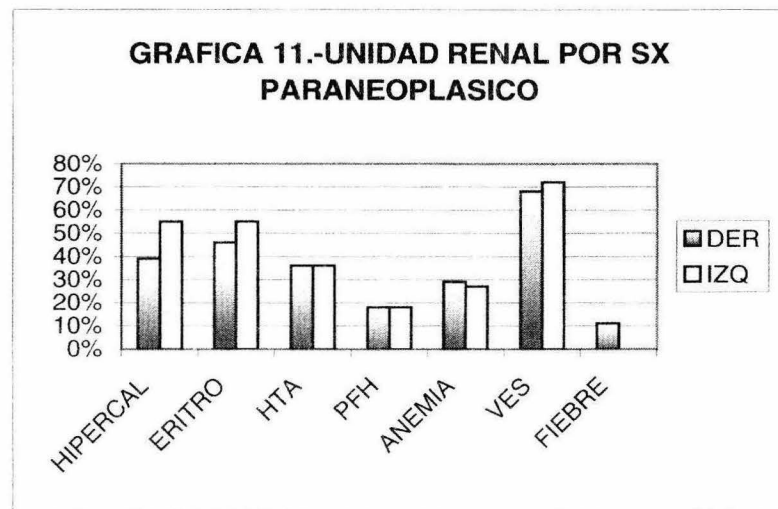
	MASC	FEM
DER	71%	29%
IZQ	45%	55%
J12 P<.05	SIG	NO SIG

GRAFICA 10.-UNIDAD RENAL POR SEXO



C-16.- % SX PARANEOPLASICOS POR UNIDAD RENAL

	HIPERCAL	ERITRO	HTA	PFH	ANEMIA	VES	FIEBRE
DER	39%	46%	36%	18%	29%	68%	11%
IZQ	55%	55%	36%	18%	27%	72%	0%
J12 P< .05	NO SIG	NO SIG	NO SIG	NO SIG	NO SIG	SIG	NO SIG



C-17.-% DE RESIDIVAS POR PERIODO DE TIEMPO Y POR UNIDAD RENAL

	RES 6	RES 12	RES 18	RES 24
DER	4%	0%	7%	0%
IZQ	0%	9%	0%	9.0%
Jl2 P< .05	NO SIG	NO SIG	NO SIG	NO SIG

BIBLIOGRAFÍA

1. Stolinsky, D.C: Paraneoplastic Syndromes West J Med 1996 132:189.
2. Alataffer LF, Chenault OW Jr. Paraneoplastic endocrinopathies associated with renal tumors. J urol 1990 122:573-579.
3. Laski ME, Vugrin D: Paraneoplastic syndrome in hypernephroma Sem Neph 1997; 7:123-130.
4. Chisholm GD: Nephrogenic ridge tumors and their syndromes. Ann NY Acad Sci 1994 230:403-423.
5. Chisholm GD: Paraneoplastic Syndromes: Introduction in Renal Tumors. Proceedings of the First International Symposium on Kidney Tumors. NY AR Liss Inc, 1992 pp 272-282.
6. Sufrin G: The Challenges of Renal Adenocarcinoma Surg Clin NA 1992; 62:1101-1118.
7. Chisholm GD, Roy RR: The systemic effects of malignant renal tumors. Br J Urol 1991 43:687-700.
8. Warren MM, Kelalis PP, Utz DC: The Changing Concept of Hypernephroma J Urol 1990 104:376-380.
9. Stauffer MH: Nephrogenic Hepatosplenomegaly Gastroenterology 1991 40:694.
10. Delpre G, et al. Hypernephroma with nonmetastatic liver dysfunction and hypercalcemia. Am J Gastroenterology 1999 72>239-247.
- 11.. Boxter Rj, et al.: Nonmetastatic hepatic dysfunction associated with renal cell carcinomas J Urol 1998 119: 468-471.
12. Hanash KA: The nonmetastatic hepatic dysfunction syndrome associated with renal carcinoma Stauffer's Syndrome Proceedings of the First International Symposium on kidney tumors NY Liss, 1982 pp 301-306.
13. Sufrin G, et al.: Humoral syndromes of renal adenocarcinomas in man. Review of surgery 1997; 34:149-166.
14. Pras M Franklin, et al.: Amyloidosis associated with renal carcinoma of the AA type. Am J Med 1992 73:426-428.
15. Plimpton CH, et al.: Hypercalcemia in malignant disease without evidence of bone destruction. Am J Med 21:750-759.
16. Gleeson MH, et al.: An endocrine tumor in kidney affecting small bowel structure, motility and function.