

CARTAS

Glomerulonefritis membranosa asociada a adenocarcinoma de próstata

J. Lacueva, R. Enríquez, M. D. Arenas y J. B. Cabezuolo
Sección de Nefrología. Hospital General de Elche.

Señor director: La glomerulonefritis membranosa (CM) es la causa más frecuente de síndrome nefrótico (SN) en el adulto. Su asociación a determinadas neoplasias es bien conocida, destacando entre ellas los carcinomas broncogénico, gástrico, colorrectal, renal y mamario¹⁻³.

A continuación describimos un paciente diagnosticado de GM, que cuatro años después desarrolló un adenocarcinoma de próstata.

Varón de 68 años que ingresa en 1989 por edemas. Entre sus antecedentes destacan HTA e historia de prostatismo. A la exploración física sobresalía: TA = 160/95 y edemas maleolares. Los datos de laboratorio más relevantes eran: creatinina, 130-140 micromol/l; urea, 15; colesterol, 7,4; triglicéridos, 4,3 mmol/l; proteínas totales, 5,3 g/dl (albúmina, 2,5 g/dl, sin pico monoclonal); IgG, 423; IgA, 127; IgM, 158; C3, 171; C4, 31 mg/dl; estudio de coagulación y hemograma normales; VSC, 75; en la orina destacaba proteinuria de 5-8 g/24 horas, 10-12 hematíes por campo, espectro electroforético, urocultivo y cultivo en medio de Lowenstein negativos. Las siguientes determinaciones fueron negativas o normales: ANA, anti-DNA, factor reumatoide, ASLO, serología luética y del virus B de la hepatitis. PAAF de grasa abdominal negativa para amiloide. Rx de tórax, tránsito esófago-gastro-duodenal, enema opaco, ecografía abdominal y renal normales. El cuadro se interpretó como SN idiopático y decidimos practicar biopsia renal, que evidenció una lesión histológica compatible con GM estadio III-IV. Se instauró tratamiento sintomático, sin esteroides ni inmunosupresores. En 1991 se realizó resección transuretral de próstata por síndrome prostático; la anatomía patológica correspondió a un fibroadenoma de próstata. En 1993, la sintomatología urinaria baja persistía; la fosfatasa ácida prostática y el antígeno próstato-específico eran normales; se realizó nueva resección transuretral, cuyo estudio histológico diagnosticó un

adenocarcinoma de próstata; el SN persistía y la creatinina plasmática era de 150 micromol/l.

La GM es una lesión frecuente en el SN del adulto. Se asocia a neoplasias, principalmente carcinomas, en un 6-11% de las ocasiones; esta incidencia aumenta hasta el 20% en los enfermos añosos. La neoplasia suele ser manifiesta en el momento del diagnóstico del SN; sin embargo, en un tercio de los casos puede permanecer oculta^{4,5}. Los tumores sólidos que más frecuentemente se asocian a CM son los de pulmón, gastrointestinal y mama. Por todo ello parece prudente realizar despistaje de estas neoplasias en las GM realizando, además de la exploración física y análisis rutinarios de laboratorio, Rx de tórax, mamografía, sangre oculta en heces y sigmoidoscopia⁵.

El caso descrito tiene la peculiaridad de la conjunción entre GM y cáncer de próstata, asociación escasamente registrada en la literatura⁶⁻⁹. Asimismo, la precedencia del SN en varios años al cáncer de próstata es inusual; sin embargo, no debe hacernos pensar en una asociación fortuita, pues hay neoplasias de crecimiento lento o que se diagnostican tardíamente. Aunque no se puede excluir de manera definitiva una relación casual entre ambos.

Consideramos que en los pacientes con GM es importante realizar un despistaje tumoral, especialmente cuando aparece o persiste alguna sintomatología. Aunque por el momento no se recomienda el empleo de marcadores tumorales, podría ser de utilidad en ciertos casos seleccionados.

Bibliografía

1. Eagen JW y Lewis EJ: Glomerulopathies of neoplasia. *Kidney Int* 11:297-306, 1977.
2. Pascal RR: Renal manifestations of extrarenal neoplasms. *Human Pathol* 11(1):7-17, 1980.
3. Fer MF, McKinney TD, Richardson RL, Hande KR, Oldham RK y Greco FA: Cancer and the kidney: Renal complications of neoplasms. *Am J Med* 71:704-717, 1981.
4. Alpers CE y Cotran RS: Neoplasia and glomerular injury. *Kidney Int* 30:465-473, 1986.
5. Burstein DM, Korbet SM y Schwartz MM: Membranas glomerulonefritis and malignancy. *Am J Kidney Dis* 22 (1):5-10, 1993.

6. Denis J, Mignon F, Ramée MP, Morel-Maroger L y Richet G: Glomérulites extra-membraneuses associées aux tumeurs viscérales. *Nouv Presse Méd* 7:991-996, 1978.
7. Pascal RR, Finney RP, Rifkin SI y Kahana L: Glomerulonephritis and virus-like particles associated with prostatic cancer *Human Pathol* 11(4):391-395, 1980.
8. Stuart K, Fallon BG y Cardi MA: Development of the nephrotic syndrome in a patient with prostatic carcinoma. *Am J Med* 80:295-298, 1986.
9. Riambau E, Roma J y Samon R: Glomerulonefritis membranosa y adenocarcinoma de próstata: ¿asociación o coincidencia? *Med Clin* 90:179, 1988.