



IMÁGENES

Síndrome de Stauffer: un letal desconocido**Syndrome of Stauffer: A lethal stranger**Jaime Casal Álvarez^{a,*}, Andrés Astur Treceño García^a y Bárbara Rodríguez Pérez^b^a Servicio de Medicina Interna, Hospital San Agustín, Avilés, Asturias, España^b Centro de Salud La Magdalena, Área Sanitaria III, SESPA, Avilés, Asturias, España

Recibido el 12 de noviembre de 2021; aceptado el 16 de noviembre de 2021

Presentamos el caso de un paciente de 62 años, con diagnóstico reciente de carcinoma renal de células claras, con infiltración de vena cava inferior y metástasis pulmonares, candidato a tratamiento paliativo, que ingresó en el servicio de medicina interna por dolor en hipocondrio derecho y alteración de pruebas de perfil hepático, con elevación de bilirrubina a expensas de bilirrubina directa, fosfatasa alcalina, gamma-glutamyl transpeptidasa, y velocidad de sedimentación globular. Se realizó una TC abdominal donde se aprecia la gran masa renal derecha, pero con ausencia de afectación metastásica hepática o infiltración del mismo por el tumor primario, sin alteración de la vía biliar (fig. 1). Se realizaron estudios analíticos con autoinmunidad y serologías normales, presentando elevación de interleucina-6 y alfa-2 globulina, asumiendo ante la ausencia de hallazgos radiológicos que justificasen el cuadro y las alteraciones analíticas, el diagnóstico de

afectación hepática paraneoplásica o síndrome de Stauffer.

El síndrome de Stauffer es una afectación paraneoplásica atípica, especialmente en tumores renales, consistente en la elevación de enzimas hepáticas sin afectación metastásica o infiltrativa del hígado.

Desde el punto de vista clínico se manifiesta como una colestasis intrahepática, con astenia, pérdida de peso, fiebre e ictericia asociadas, destacando siempre la hepatoesplenomegalia.

La fisiopatología de dicho síndrome se desconoce, si bien en muchas ocasiones, como el caso clínico presentado, se objetiva un aumento de producción de citoquinas, como la interleucina-6.

El único tratamiento es la resección quirúrgica de la neoplasia renal primaria, tras la cual se produce la corrección de las alteraciones analíticas presentadas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jaimecasal9@gmail.com (J. Casal Álvarez).

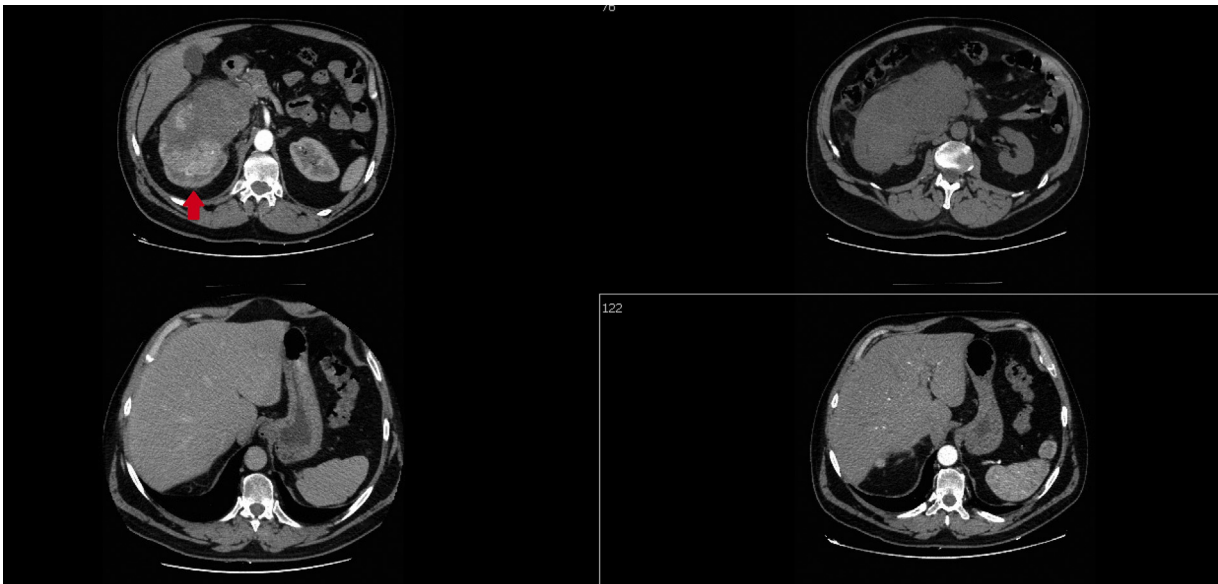


Figura 1 Gran masa renal con ausencia de afectación hepática o de vía biliar, ni presencia de metástasis hepáticas.

Financiación

No se ha recibido ninguna financiación para la elaboración del manuscrito.¹⁻⁶

Bibliografía

1. Dourakis SP, Sinani C, Deutsch M, Dimitriadou E, Hadziyannis SJ. Cholestatic jaundice as a paraneoplastic manifestation of renal cell carcinoma. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1997;9:311-4.
2. Boxer RJ, Waisman J, Lieber MM, Mampaso FM, Skinner DG. Non-metastatic hepatic dysfunction associated with renal carcinoma. *J Urol.* 1978;119:468-71.
3. Laski ME, Vugrin D. Paraneoplastic syndromes in hypernefroma. *Semin Nephrol.* 1987;7:123-30.
4. Moreira DM, Gershman B, Lohse CM, Boorjian SA, Cheville JC, Leibovich BC, et al. Paraneoplastic syndromes are associated with adverse prognosis among patients with renal cell carcinoma undergoing nephrectomy. *World J Urol.* 2016;34:1465-72.
5. Chavarriaga J, Fakh N, Cataño J, Villaquiran C, Rodríguez S, Patino G. Stauffer syndrome, clinical implications and knowledge gaps, does size matter? Case report. *BMC Urol.* 2020;20:105.
6. Chuang YC, Lin ATL, Chen KK, Chang YH, Chen MT, Chang LS. Paraneoplastic elevation of serum alkaline phosphatase in renal cell carcinoma: incidence and implication on prognosis. *J Urol.* 1997;158:1684-7.