Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2799

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3433 - HEMATURIA + DOLOR CÓLICO URETERAL

M. Rozas Lorente[a], M. Rozas Lorente[a] y B. Martínez Rodríguez[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pulpí. Almería. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Plaza de Toros. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 54 años que acude a consulta por problemas miccionales, hematuria asociada y dolor en fosa renal derecha de 3 meses de evolución. AP: miomatosis uterina, coleastectomía e hipotiroidismo.

Exploración y pruebas complementarias: Dolor en fosa renal derecha que irradia a zona inguinal del mismo lado. Analítica: Hb 13,7, Hto 420, VCM 80, plaquetas 259.000, creatinina 2, leucocitos 9.240 (80% Ntf) y coagulación normal. TC de abdomen: imagen nodular en polo superior renal derecho de 47 mm, no adenopatías. Resto del estudio normal. Tratamiento: nefrectomía radical derecha. Anatomía patológica: cáncer renal de células claras Fürhman grado 2. TC de evolución de abdomen: márgenes libres de infiltración neoplásica. No invasión angiolinfática. Riñón izquierdo de tamaño normal, capta y elimina contraste correctamente, sin dilatación pielocalicial. No adenopatías pielocaliciales, retroperitoneales o en cadenas ilíacas. Vejiga normal sin lesiones. Útero miomatoso y globuloso (en seguimiento por Ginecología). La paciente evoluciona de forma favorable.

Juicio clínico: Carcinoma renal de células claras.

Diagnóstico diferencial: Oncocitoma renal. Carcinoma urotelial de vejiga urinaria. Otro carcinoma de células renales.

Comentario final: Los carcinomas renales de células claras suponen el 60% de todos los carcinomas renales. Suelen manifestarse con la siguiente clínica: hematuria (50%) ± dolor abdominal (40%) ± masa palpable (10%) junto con síntomas generales y/o paraneoplásicos. Dan metástasis con mayor frecuencia a nivel pulmonar, óseo y ganglionar. Para su diagnóstico es muy importante un estudio mediante TC, eco o RM seguido de biopsia o PAAF. Macroscópicamente veremos un carcinoma redondo, lobulado, bien delimitado, necrótico o quístico. Y microscópicamente se caracteriza por un patrón sólido, acinar o quístico. Con citoplasma claro, granular o mixto, con bordes marcados y núcleo variable. Según la clasificación de Fürhamn, estamos antes un Grado 2: núcleo algo irregular, tamaño de unos 15 microm y con un nucléolo evidente a 400 aumentos. Siendo un grado que se encuentra dentro de los de buen pronóstico. Es un tumor de origen esporádico o familiar, en relación con el brazo corto del cromosoma 3 o mutación en el gen VHL.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.
2. Hernando Avendaño H. Nefrología Clínica. 2008.

Palabras clave: Células claras. Hematuria.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.