



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/3945 - PIROSIS: CUANDO NO ES LO QUE PARECE

M. Moro Mateos^a, A. Garzón Martín^a, I. Muñoz Martín^b, J. Casado Huerga^c y M. Paule Sánchez^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Universidad-Centro. Salamanca. ^bMédico de Familia. Centro de Salud La Fuente de San Esteban. Salamanca. ^cMédico de Familia. Centro de Salud San Juan. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 68 años sin antecedentes patológicos de interés. No hábitos tóxicos. Acude a consulta porque desde hace dos meses presenta pirosis, que relaciona con la toma de tamsulosina por HBP. No otra clínica asociada. Se diagnosticó de RGE y se pautó un IBP. A los 20 días acude de nuevo presentando astenia, anorexia, disfagia y sensación de presión en cardias.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física normal. Analítica y gastroscopia sin alteraciones. Treinta días después persiste la clínica, evidenciándose la pérdida de 2 kg de peso.

Juicio clínico: Pirosis con signos de alarma, se deriva a medicina interna para estudio. En TAC torácico aparecen adenopatías paratraqueales bilaterales, paraaórticas, lobares, subcarinales y retroesofágicas que condicionan compresión de luz esofágica; derrame pleural izquierdo con atelectasia basal secundaria, múltiples nódulos milimétricos pulmonares bilaterales. Se sospecha síndrome linfoproliferativo, realizando broncoscopia: disminución del 20% de calibre en tercio distal de tráquea por compresión extrínseca. Citología de aspirado bronquial negativa para células malignas. Se realiza punción transbronquial ecoguiada con resultado anatomicopatológico de metástasis de carcinoma renal de células claras.

Diagnóstico diferencial: Causas de pirosis: digestivas (RGE, dispepsia funcional...); aumento de presión intraabdominal (tumores, embarazo, ascitis...); tóxicos (plomo), medicamentos que disminuyen el tono del esfínter esofágico (barbitúricos, calcioantagonistas...).

Comentario final: El carcinoma renal de células claras es el más frecuente de los tumores renales, predomina en varones entre 50 y 70 años. Son factores predisponentes el tabaco, obesidad, hemodiálisis, uso de diuréticos y analgésicos (aspirina), antecedentes familiares de tumores renales, tóxicos... Suelen ser asintomáticos, la tríada de hematuria, masa palpable y dolor de costado solo está presente en el 10% de los casos; se diagnostican accidentalmente al realizar pruebas de imagen en búsqueda de otras patologías. El tratamiento curativo es la extirpación quirúrgica, la radioterapia es paliativa, son resistentes a la quimioterapia. Actualmente se utiliza la inmunoterapia y terapias antiangiogénicas.

Bibliografía

1. Murai M, et al. Renal cell carcinoma: etiology, incidence and epidemiology. Curr Opin Urol. 2004;14:229.
2. Messerli FH. Risk factors for renal cell carcinoma: Hypertension or diuretics? Kidney Int. 2005;67:774.

3. Bielsa O, et al. Cystic renal cell carcinoma: pathological features, survival and implications for treatment. Br J Urol. 1998;82:16-20.

Palabras clave: Pirosis. Carcinoma renal.