

## 347/912 - HIPERNEFROMA

M. Álvarez Martínez<sup>a</sup>, L. Vieites López de Rego<sup>b</sup>, M. Escalante Costell<sup>c</sup> y R. Sanjurjo Navarro<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Rozas. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aravaca. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 59 años, con AP de HTA en tratamiento con enalapril 20 mg/24h, que acude a la consulta de MAP para seguimiento de cólico nefrítico derecho diagnosticado en urgencias. En la analítica urgente destaca creatinina 1,3 mg/dl y 3 hematíes/campo. Rx abdomen sin imagen de litiasis. Refiere un mes de dolor sordo, profundo y mal localizado en región lumbar derecha. Acudió a urgencias por aumento del dolor cólico en región lumbar y flanco derecho. A su llegada a consulta de AP presenta las misma molestias del mes previo. No ha visualizado sangre en orina

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración sin hallazgos excepto puñopercusión renal bilateral ligeramente molesta. Realizamos ecografía en consulta. Visualizamos riñón derecho sin litiasis, hidronefrosis ni otra alteración, seguimos. En el izquierdo encontramos una masa en el polo superior del riñón, de 6 cm de eje máximo, sólida heterogénea, con bordes bien definidos.

**Orientación diagnóstica:** Se derivó a consulta de Nefrología por sospecha d malignidad de masa renal izquierda a estudio. Realizan TAC toraco-abdomino-pélvico: Lesión sugestiva adenocarcinoma de células renales en cara posterior del polo superior del riñón izquierdo de 6,2 cm de diámetro máximo con impronta sobre el infundíbulo de pilón superior con resto de estudio extensión negativo.

**Diagnóstico diferencial:** Pielonefritis, embolia. Infarto renal, carcinoma renal. Lumbalgia.

**Comentario final:** El tratamiento fue la nefrectomía radical izquierda laparoscópica sin requerir tratamiento adyuvante posterior con revisiones periódicas en Urología sin datos de recidiva. El diagnóstico de cólico nefrítico no es lo mismo que litiasis, ni tampoco de patología benigna. Se debe hallar la causa del cuadro. La ecografía es la herramienta fundamental y en las urgencias hospitalarias se deja de hacer con frecuencia, debido a la “no urgencia” del cuadro y por no encontrarse en los protocolos del cólico nefrítico. Si se solicita ecografía a radiología puede demorarse 3 meses. Si se deriva a urología por vía normal la demora es mayor. Aquí es cuando la ecografía de AP acorta los tiempos de diagnóstico.

### Bibliografía

1. Ljungberg B. Guía clínica carcinoma renal. European Association of Urology.
2. Grabe M. Guía clínica infecciones urológicas. European Association of Urology.

3. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7<sup>a</sup> ed. Madrid: MSD; 2012.

**Palabras clave:** Ecografía abdominal. Cólico nefrítico. Hipernefroma.