

424/1264 - PSEUDORIÑÓN

N. Cubelos Fernández¹, M. Ajenjo González², M. Valdelvira Díaz³ y R. Cuadra San Miguel⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León.³Médico de Emergencias Sanitarias. Unidad Militar de Emergencias. León. ⁴Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Ponferrada. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 57 años, acudió a su médico de atención primaria por fiebre (38,5 °C) desde hace 5 días, que no cedía con paracetamol. Tras intervención de hernia inguinal, refería molestias digestivas, asociando dolor en flanco izquierdo, astenia, anorexia, y pérdida de 4 kg de peso. No sangrado activo aparente. AP: no alergias medicamentosas conocidas. HTA (tratamiento irbesartán/hidroclorotiazida). Meningitis hace 30 años. Intervención quirúrgica herniplastia inguinal derecha hace 2 meses y varices en pierna izquierda.

Exploración y pruebas complementarias: TA 110/70, FC 67 lpm. T^a 38,3 °C. Normocoloreada, normohidratada, normoperfundida. AC: rítmica, sin soplos audibles. AP: MVC. Abdomen: blando, depresible, levemente doloroso en flanco izquierdo. No se palpan masas ni megalías. Cicatriz IQ sin signos de infección. Puño percusión renal negativa. No signos de defensa abdominal ni peritonismo. Resto de exploración normal. Ecografía: imagen anecoica posiblemente en riñón izquierdo, heterogénea, de bordes irregulares (halo hipoeocoico), que no se adhiere a pared del riñón, con sombra acústica posterior. Riñón derecho normal. Analítica de sangre: Bioquímica: glucosa 110 mg/dl, urea 38 mg/dl, Cr 0,66 mg/dl, FG 98 ml/min/1,73 m². Hemograma: Hb 10,2 g/dl, leucocitos 11.600 (76% neutrófilos), plaquetas 298.999. Coagulación: INR 1,27, TPPA 25,7, TP 72%. Sedimento y sistemático: sin hallazgos patológicos. TAC abdominal: gran masa en colon descendente con aspecto infiltrante. No perforación ni obstrucción. TAC toraco-abdominal: Neoplasia de colon descendente con infiltración de grasa adyacente y nodulillos satélites. Pequeñas adenopatías retroperitoneales. Enema opaco: Masa estenosante irregular en colon descendente. Colonoscopia: a 60 cm del margen anal, lesión de aspecto neoplásico. Se realiza intervención quirúrgica: hemicolectomía izquierda. Biopsia: adenocarcinoma infiltrante moderadamente diferenciado de 6,5 cm diámetro máximo que infiltra todas las capas de la pared y alcanza serosa, con metástasis en ganglios del tejido adiposo perivisceral.

Orientación diagnóstica: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante en colon descendente.

Diagnóstico diferencial: Alteración morfológica del riñón. Cálculo renal. Tumor renal. Invaginación intestinal.

Comentario final: La imagen ecográfica del pseudoriñón es una imagen con morfología de riñón, con un anillo externo hipocogénico que con un centro ecogénico, que a veces puede tener estructuras hipoeocoicas y anecoicas en su interior (vasos sanguíneos y ganglios linfáticos). La ecografía abdominal es un método diagnóstico de bajo coste, con ausencia de riesgos y con alto rendimiento diagnóstico, que se está instaurando

a grandes velocidades en los centros de atención primaria. La prioridad en atención primaria es discernir imágenes con patología de las imágenes sin hallazgos aparentes, sin ser preciso llegar a diagnósticos definitivos. El trabajo en equipo y la colaboración entre las distintas especialidades es la base para el buen funcionamiento del sistema y el diagnóstico precoz.

Bibliografía

1. Viera Conrad E, Molano Camacho M, Baltaga DM, et al. Ecografía abdominal con imagen en pseudoriñón. SEMERGEN. 2016;42 (espec. Congr 15):7.
2. Gollub MJ. Colonic instussusception: clinical and radiographic features, AM J Roentgenol. 2011;196:W580.

Palabras clave: Pseudoriñón. Carcinoma colorrectal. Ecografía.