

424/1101 - SIN ANTECEDENTES DE INTERÉS

E. Martínez de Quintana¹, J. Ruiz Batista², M. Esclapez Boix¹ y A. Padilla Abadíe³

¹Médico de Familia. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. ²Médico de Familia. Centro de Salud Albatera. Orihuela. Alicante. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años. No tóxicos. No FRCV. Varices. Acudió a control anual, solicitándose analítica y ECG. Se realizó cribado oportunista con triple toma posterior, diagnosticándose de HTA. Iniciamos IECA con buena respuesta sistólica y tendencia a mantener diastólicas de 95-100 mmHg. Ante las alteraciones en ECG Q inferolateral), solicitamos ecocardiograma (normal). A los 3 meses presenta microalbuminuria no conocida, pese a la toma de IECA; preguntamos entonces por antecedentes familiares. Refiere que su padre precisó hemodiálisis (antes de los 60 años), aunque desconoce poliquistosis u otras hereditarias. Asociamos calcio- antagonista y solicitamos MAPA (dipper), ecografía y remitimos a Nefrología. Pese al cambio de tratamiento a ARA II + HCT, sigue sin lograr control diastólico. En la valoración por Nefrología, asocian calcio-antagonista nuevamente y remiten a Urología (gran quiste en riñón izquierdo (RI) con efecto compresivo sobre la vena renal), a ORL y oftalmología (descartando síndrome de Alport). Urología decide nefrectomía izquierda, tras la cual, la paciente queda normotensa sin medicación.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica Centro de salud: Cr 0,64, PT 7,7, Alb 4,2, Ca, P, úrico (normales), Vit D 13,9, PTH 68,5 pg/ml, TSH 1,67, Hb 13,9, Hto 42%. Albúmina en orina de 24 horas: 43,5 mg. ECG: RS a 75 lpm. Eje normal. PR normal. Q en cara inferolateral. QRS estrecho. Sin signos de HVI. Sin alteraciones de ST. AMPA: medias de 150/100. Ecocardiograma: normal. Ecografía renal: gran quiste en RI de 12 cm con tabiques en su interior, polilobulado, de aspecto benigno. TAC abdominopélvico: masa quística multiloculada en RI (Bosniak III). Lesiones focales hepáticas hipervasculares e hipervasculares. Citología; negativa para células malignas. Ac antihidatidosis: negativa. RM: Lesión quística tabicada en el córtex de la cara anterior del RI (diámetro estimado 104 mm). LOE de 100 mm benigno en segmento VIII. AP: tumor quístico multilocular benigno de 13 cm.

Orientación diagnóstica: Tumor quístico multilocular benigno.

Diagnóstico diferencial: Nefroma quístico multiloculado. Carcinoma quístico de células renales. Síndrome de Alport.

Comentario final: Este es el caso de una paciente asintomática, a la que se diagnostica de un tumor renal tras plantearnos una hipertensión secundaria. El cribado oportunista propio de la Atención Primaria, la ausencia de control de la tensión diastólica pese a distintas combinaciones de fármacos, el planteamiento de que quizás los fármacos indicados podrían estar empeorando la situación (pese el IECA, aparece microalbuminuria...) e incluso un antecedente familiar que a menudo no preguntamos, son claves en el estudio de nuestros pacientes, incluso en una medicina gobernada por las técnicas y pruebas de imagen.

Bibliografía

1. Preciado-Estrella DA, Gómez-Sánchez J. Nefroma quístico: tumor benigno de apariencia maligna. Rev Mex Urol. 2016;72 (2):118-22.
2. Romero Ortiz A, López-Beltrán A, Pérez-Luque A. Carcinoma renal quístico multilocular. Estudio clínico patológico de 14 casos. Arch Eso Urol. 58:9-16.

Palabras clave: Hipertensión. Renal. Quístico.