



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

482/1038 - UN DIAGNÓSTICO INESPERADO

M. Reyes Jara¹, M. Molina Agullo², B. Cobeña Coco³ y M. Bou Collado⁴

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alfaz del Pi. Alicante. ²Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud L'Alfàs del Pi. Alicante. ³Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud L'Alfàs del Pi. Alicante. ⁴Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassera de Tonda. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Acude de urgencias al centro de salud un paciente de 47 años por dolor intenso en fosa lumbar izquierda de varios días de evolución irradiada a fosa ilíaca izquierda. Sensación distérmica sin termometrar y sudoración profusa nocturna. Niega disuria. No otra sintomatología. No RAM. No antecedentes de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Tª 37,6 °C. Normotenso. FC 116 lpm. Abdomen blando, depresible, dolor a la palpación en FII, puñopercusión renal izquierda positiva, no signos de irritación peritoneal. Adenopatía submaxilar izquierda no dolorosa. Resto sin hallazgos. Tira de orina: indicios de sangre. Resto normal.

Orientación diagnóstica: Ante sospecha de pielonefritis se deriva al paciente a Urgencias Hospitalarias. En analítica destacan 63.000 leucocitos con 92,4% de neutrófilos, PCR 8,80 y procalcitonina 1,49. Mantienen al paciente en observación y solicitan más pruebas: TAC de abdomen: masa hipodensa suprahiliar esplénica izquierda de 9 × 7 cm contactando con polo renal superior incluyendo suprarrenal. Rx de tórax: ICT 50%, gran masa LSD con nódulo en LID. Hilios prominentes. Se decidió ingreso hospitalario para estudio. TAC torácico: masa hipodensa contactando con pleura costal en LSD de 13,3 cm de diámetro. Nódulo LID 30 mm. Mínimo derrame pleural. Biopsia pulmonar: carcinoma sarcomatoide de probable origen renal.

Diagnóstico diferencial: Inicialmente nuestra sospecha fue pielonefritis, siendo nuestro diferencial: litiasis renal, pancreatitis, absceso perirrenal, AAA, colecistitis, o neumonía inferior. Tras los hallazgos de pruebas complementarias la orientación diagnóstica cambia a un origen tumoral: pulmonar primario, tumor renal, tumor abdominal, linfoma, carcinoma.

Comentario final: El carcinoma sarcomatoide renal es una neoplasia agresiva, representa el 1-3% de los carcinomas renales del adulto, siendo más frecuente en varones y quinta década. Es un carcinoma poco diferenciado y de pronóstico infiusto, con supervivencia media de 6 meses. Una adecuada y dirigida exploración física y una correcta derivación a servicios de urgencias hospitalarias es de especial importancia para descartar/confirmar nuestras sospechas iniciales pero también nos permite descubrir hallazgos incidentales o inesperados que pueden salvar la vida a nuestros pacientes. Resaltar la importancia del trabajo conjunto AP-Urgencias, sin este, el diagnóstico del paciente podría haberse retrasado y no haber iniciado tratamiento a tiempo.

Bibliografía

1. Torres Gómez FJ, Torres Olivera FJ. Carcinoma sarcomatoide renal con elementos heterólogos malignos: A propósito de un caso. Arch Esp Urol. 2006;59(6):621-4.

Palabras clave: Pielonefritis. Carcinoma sarcomatoide.