

330/10 - CÁNCER RENAL

Á. Sáez Fernández¹; O. Vicente López²; R. Iniesta García³; A. Moran Escudero⁴; A. Fernandez Rodriguez⁵; I. Salcedo Joven⁶.

¹Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.; ²Médico de Familia. Centro de Salud La Marazuela. Hospital San Francisco de Asís. Madrid.; ³Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.; ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Juncal. Madrid.; ⁵Médico de Familia. SAR Rascafría. Madrid.; ⁶Médico de Familia. Centro de Salud Estrecho de Corea. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 74 años con AP. de diabetes mellitus tipo II en tto con metformina e HTA en tratamiento con enalapril. Acude a consulta para control anual de su patología crónica por lo que se le explora y realiza control analítico

Exploración y pruebas complementarias: Exploración no se objetiva patología y en la analítica de orina encontramos hematies, 151-300 eritrocitos / ?l con intensa piuria por lo que se cita a la paciente al día siguiente, en ayunas y con la preparación adecuada para realizar ecografía abdominal. Detectamos en polo superior riñón derecho masa sólida heterogénea con bordes no bien definidos y que altera la normal ecoestructura renal al perder en esa zona la diferenciación córtico-medular

El paciente es derivado a urología por circuito de malignidad y tras realizar urotac con contraste, estadio de Robson I, tumor confinado dentro de la cápsula renal, proceden a extirpación quirúrgica del riñón derecho objetivándose en la muestra de anatomía patológica el dx de adenocarcinoma renal. El paciente no ha precisado otros tratamientos, y sigue actualmente revisiones en servicio de urología de area.

Juicio clínico: Adenocarcinoma renal

Diagnóstico diferencial: diagnóstico diferencial masas renales solidas malignas. adenocarcinoma
carcinoma cel. transicionales. linfoma (+ frec no Hodgkin).
metástasis pulmón colon mama estomago

Comentario final: El adenocarcinoma de células renales es la lesión renal maligna más frecuente, entorno al 90% de todas las neoplasias de los riñones. Ecográficamente aparece como una masa sólida, heterogénea, de bordes irregulares. El parénquima y el seno renal se encuentra infiltrado y desestructurado. En ocasiones se pueden identificar en su interior zonas anecogénicas, en relación con focos hemorrágicos o áreas de necrosis. El crecimiento del tumor puede afectar a órganos vecinos, siendo obligado explorar minuciosamente la vena renal y cava inferior por infiltrar y trombosar con frecuencia estos vasos, así como el hígado y posibles adenopatías regionales. El carcinoma renal es un tumor vascularizado y a veces es posible detectar esa vascularización mediante el estudio Doppler Los CCR suelen ser grandes en el momento de su presentación clínica, pero se los identifica cada vez más como hallazgo fortuito en pacientes asintomáticos debido al aumento del uso y la mejor calidad de las técnicas por la imagen, especialmente la ecografía. La ecografía es la primera técnica de imagen que está indicada para realizar la primera evaluación de patología abdominal

pélvica.. Aunque no existe ningún dato ecográfico patognomónico, disponemos de varios parámetros de estudio, que sumados nos permite diferenciar, con aceptable precisión, entre el origen benigno o maligno del proceso que estudiamos. En nuestro caso la ecografía en AP nos ha permitido una orientación rápida y global de nuestro paciente, permitiéndonos activar la derivación por sospecha de malignidad, con la finalidad de conseguir un diagnóstico e intervención temprana.

Bibliografía

Segura Cabral JM. Ecografía digestiva. 2ed. Ediciones UAM; Madrid 2011.

O'Neill WC. Renal relevant radiology: Use of ultrasound in kidney disease and nephrology procedures. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2014;9:373-81