

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

330/24 - LUMBALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿CAUSA RENAL? A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Cejas López¹; A. Misle Morales¹; M. Hueso Quesada².

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José María Llanos. Madrid.; ²Médico de Familia. Centro de Salud Torito. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 89 años, no fumadora, HTA, Taquicardia supraventricular, Angioedema por IECA y Condrocalcinosis de rodilla. Medicada con Lecarnidipina y Atenolol. Consulta por lumbalgia de predominio derecho, lo define como quemante/punzante, sordo, constante, no relacionado a los cambios posturales, no irradiado, lo cataloga entre 4-6 ptos en la escala del dolor 0-10; acompañada de astenia anorexia y pedida de peso (3 Kg) de 7 meses de evolución. Niega parestesias de miembros inferiores, síndrome miccional ni hematuria. No sintomatología gastrointestinal ni respiratoria. Se pauta tratamiento analgésico, se solicita analítica y ecografía.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, abdomen sin alteraciones relevantes, dolor a la palpación de fossa renal derecha. No masas ni visceromegalias. Analítica: Anemia ferropénica (Hb11,7), creatinina 1,23 FG 41, electrolitos, resto de analítica, análisis de orina normal. Sangre oculta en heces positivo. Ecografía: Probable masa adrenal/ renal derecha. TC: Neoplasia renal derecha sin afectación vascular. Pequeñas adenopatías retroperitoneales. Cambios degenerativos en columna, fractura en D12, Anterolistesis L5 con espondilolisis bilateral. Colonoscopia: Pólips (3), Melanosis coli, hemorroides internas. Anatomía patológica: Adenoma tubular en ciego con displasia epitelial de bajo grado y pólipo hiperplásico en colon ascendente.

Juicio clínico: Neoplasia renal derecha

Diagnóstico diferencial: La lumbalgia afecta un 70-80 % de la población general, un 15 % tienen un origen claro, pero el resto, se considera inespecífico, donde el tratamiento convencional ha fracasado (1). Un 95% de causa inespecífica, 4% a alteraciones estructurales y 1% a enfermedad sistémica. En el cáncer renal la asociación de hematuria, masa abdominal y dolor en costado (triada de Guyon) solo está presente en el 9 % y en estadios avanzados de la enfermedad, (2) la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos mientras la enfermedad no está diseminada. (3)

Comentario final: En Atención Primaria frecuentemente cuando evaluamos pacientes con dolor en flanco o hematuria, atribuimos como primera opción a lumbalgia mecánica, litiasis renal y/o infección urinaria. En este caso el hallazgo de anemia y dolor abdominal con sangre oculta en heces positiva, nos hizo buscar pérdidas digestivas, sin embargo no había justificación clara del dolor lumbar, que no era claramente mecánico; los hallazgos de la ecografía solicitada desde Atención Primaria fueron clave en la orientación diagnóstica de este caso. Fue valorada por urología en sesión clínica, candidata para Nefrectomía radical

derecha, la paciente se niega, actualmente con cuadro de depresión por muerte reciente de un hijo. El carcinoma renal constituye el 2,6% de las neoplasias malignas primarias del adulto, es la causa del 3% de muerte por cáncer (4). Su incidencia ha aumentado progresivamente, que puede estar motivado por un aumento de la detección de tumores incidentales (2), un 40% de pacientes se diagnostican por una prueba de imagen por otro motivo.

Bibliografía

- (2) Alonso Peñez Y, Toscano Pardo JM. Diagnóstico temprano de las neoplasias renales desde Atención Primaria. Serie de casos. fml. 2017; 21(20):4p