



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

409/6 - UNA ITU ALGO MÁS

E. Calvo Martínez¹, M. Rodríguez Álvarez², E. López Sixto², E. Fernández Mas³

¹Centro de Atención Primaria Canet de Mar. Barcelona. ²Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Canet de Mar. Barcelona. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorios Médicos Sant Cebrià de Vallalta. Sant Pol de Mar. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 46 años. Antecedentes personales de asma, distrofia muscular y fatiga crónica. Tratamiento con: Foster 100/6/12h, Tryptizol 10/24h. Consulta en Atención Primaria (AP) por disuria de una semana de evolución y distermia. Combur: leucos +++, nitritos+, no hematuria. Tratamiento empírico con fosfomicina. PPL bilateral negativa. A los 5 días recidiva del síndrome miccional, sin fiebre. Presenta dolor generalizado a la palpación profunda, Blumberg negativo, Murphy negativo. PPLD +/-, PPLI negativa, Combur: nitritos. Se pautó fosfomicina 3 gramos 2 días y urocultivo posterior. A 15 días del inicio del cuadro persiste disuria, aparición de dolor lumbar derecho intenso, PPL derecha +++, afebril. Se realizó ecografía ambulatoria de forma urgente el mismo día.

Exploración y pruebas complementarias: Ecografía ambulatoria: VB imagen compatible con pólipo biliar. RD de tamaño normal, en polo inferior imagen hiperecoica que ocupa toda la región medular de $3,8 \times 3,30$. Imagen sugestiva de masa. RI: tamaño y eco estructura normal, dilatación de vías. Siendo la imagen ecográfica altamente sugestiva de masa, se activó el circuito rápido de oncología urológica: 3 citologías seriadas, TAC, valoración urológica y analítica urgente (FG CKD-EPI: 104). Eco-hospitalaria: masa renal derecha de $6 \times 5,5$ cm heterogénea, márgenes bien definidos, hipervascularizada probablemente dependiente de la cortical del tercio medio-polo inferior del RD, desplaza discretamente la pelvis renal, sugestivo de ADC. Citología de orina: negativa. TAC abdominopélvico: se confirma masa renal. No compromiso vascular ni adenopatías. Se realizó nefrectomía radical derecha laparoscópica. Anatomía patológica: carcinoma de células renales cromóforo con hemorragia.

Juicio clínico: Masa renal.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial en el síndrome miccional agudo con evolución desfavorable (persistencia de clínica y empeoramiento del dolor lumbar), obliga a descartar litiasis renal y pielonefritis.

Comentario final: El carcinoma renal es el tumor renal maligno más frecuente en adulto. Su diagnóstico ha aumentado por la mejora de las pruebas de imagen (40% incidental). El diagnóstico precoz aumenta la supervivencia a los 5 años de un 65-75 (los sintomáticos) hasta un 97%. Y mejora la tasa de recurrencias. La relevancia de este caso, se encuentra en la detección precoz del tumor por la accesibilidad a la ecografía en AP, adelantó el diagnóstico y el tratamiento. En aproximadamente un mes se realizó tratamiento curativo que dado el tamaño del tumor pudo hacerse vía laparoscópica. Este ejemplo demuestra la utilidad y beneficios de la ecografía realizada en AP. Ante una duda diagnóstica nos permite descartar entidades frecuentes, pero,

además, permite adelantar diagnóstico y tratamiento en entidades menos frecuentes y más graves mejorando el pronóstico notablemente.

Bibliografía

Thoenes W, Störkel S, Rumpelt HJ. Human Chromophobe cell renal carcinoma. Virch Arch B Cell Pathol Inc Mol Pathol. 1985;48(3):207-27.

Crotty TB, Farrow GM, Lieber MM. Chromophobe cell renal carcinoma: clinicopathological features of 50 cases. J Urol. 1995;154(3):964-7.

Medina López RA, et al. Factores pronósticos del carcinoma de células renales. Actas Urológicas Españolas. 2009;33(5):575-83.