



CARTA CLÍNICA

Hematuria y masa palpable en hipocondrio derecho: utilidad de la ecografía en atención primaria



Hematuria and palpable mass in therightupperquadrant: Usefulness of ultrasonography in primary care

Mujer de 61 años de edad sin antecedentes de interés, que consulta en atención primaria por hematuria objetivable de 15 días de evolución. Presenta cuadro catarral en los días anteriores, sin otros datos de interés. En la exploración física se aprecia masa palpable en hipocondrio derecho. Se realiza ecografía en su centro de salud obteniéndose las siguientes imágenes (figs. 1 y 2).

La unión de hematuria y masa palpable en hipocondrio derecho nos orienta hacia un proceso maligno como primera posibilidad. En la ecografía realizada en atención primaria observamos un riñón derecho con discreto aumento de tamaño (12,9 cm de longitud en el riñón derecho versus 9,5 cm en el riñón izquierdo, en una mujer de 155 cm de estatura) y parénquima renal muy desestructurado (es difícil ver en este caso la estructura ecográfica típica renal: corteza, médula y seno renal). También destaca la presencia de abundantes imágenes hiperecoicas con sombra posterior (sugestivo de calcificaciones groseras), sin que se observen imágenes de ectasia renal. El aumento de tamaño y la desestructuración de la arquitectura renal nos hacen pensar en enfermedad neoplásica. La presencia de las numerosas calcificaciones groseras (que no sugieren enfermedad litiásica) nos lleva a proponer una hipótesis diagnóstica muy infrecuente: carcinoma renal de tipo sarcomatoide.

Con esta orientación de proceso renal maligno se deriva el paciente a urgencias del complejo hospitalario. Se le realiza TC de abdomen sin y con contraste donde se visualiza una masa renal derecha sólida de 11 × 11 × 10 cm con zonas de necrosis compatible con carcinoma de células renales como primera posibilidad o excepcionalmente con sarcoma dado el gran número de calcificaciones.

En el control analítico se aprecia aumento de VSG y presencia de anemia no conocida, con una cifra de Hb 9,7 g/dl.

Durante el proceso diagnóstico la paciente no sufre síndrome general pero sí se objetiva una pérdida de peso de unos 5 kg en un mes.

El diagnóstico anatomopatológico, tras biopsia en el servicio de urología, se informa como: tumor maligno fusocelular morfológicamente compatible con carcinoma sarcomatoide. Se inicia tratamiento con temsirolimus. La paciente precisa analgesia del tercer escalón de la OMS. En TC posterior se observa avance rápido del proceso.

El carcinoma renal sarcomatoide supone entre el 1-3% de las neoplasias malignas renales en el adulto¹, aunque en algunas series se propone ampliar el abanico entre el 1 y 15%² por razones de precisión diagnóstica. Fue descrito por primera vez por Farrow en 1968³. Habitualmente son tumores voluminosos y 1/3 de ellos son palpables. El diagnóstico suele ser con la enfermedad avanzada⁴.

La incidencia parece ligeramente superior en varones^{1,5}. La clínica es similar a cualquier enfermedad maligna retroperitoneal, presentando fundamentalmente manifestaciones inespecíficas y sensación de masa; siendo usual la presencia de un intenso síndrome general (que no ha aparecido en nuestro caso), dolor lumbar y hematuria. En la analítica podemos apreciar elevación de la VSG y anemia.

El diagnóstico de presunción tras la orientación clínica se realiza con las pruebas de imagen buscando un proceso expansivo retroperitoneal. En nuestro caso, por su accesibilidad e inocuidad, una ecografía en la consulta de atención primaria. El diagnóstico definitivo es el anatomopatológico. Hay varias teorías del origen histológico de este tumor que no se han podido confirmar a día de hoy⁵. Deben existir células fusocelulares y demostrar necesariamente la presencia de elementos epiteliales.

En nuestro caso, se identifica una proliferación neoplásica de patrón fusocelular que incluye elementos epiteliales identificados mediante inmunohistoquímica con citoqueratinas, inmersos en un componente sarcomatoso que expresa inmunorreactividad para actina de músculo liso, HHF35 y CD10. Estos datos nos permiten su clasificación⁶.

El tratamiento de elección es de nefrectomía radical^{2,3,7}. Las metástasis más comunes son hueso y pulmón. Se trata de un tumor de comportamiento muy agresivo, de pronóstico infausto, con una supervivencia media de 6 meses¹ y

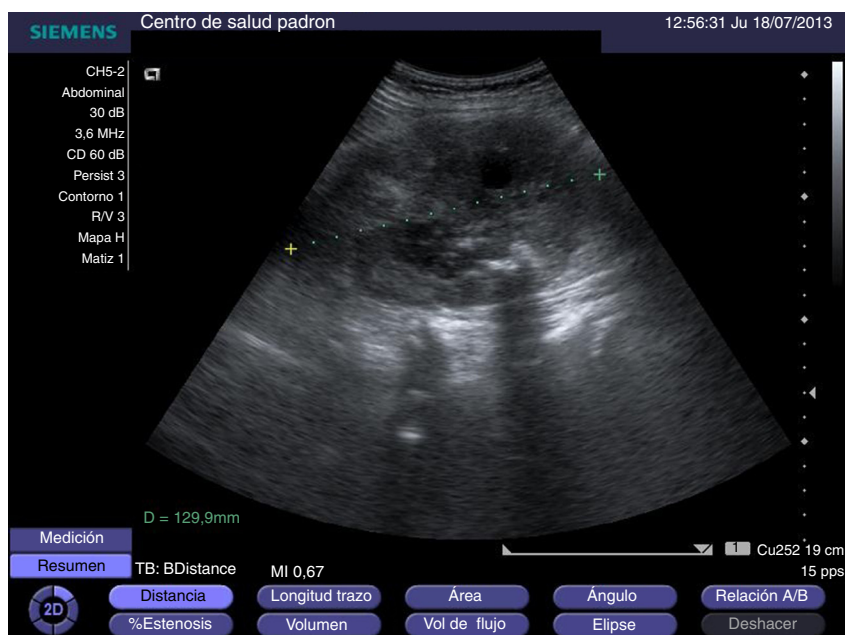


Figura 1 Ecografía de riñón derecho con medida longitudinal.

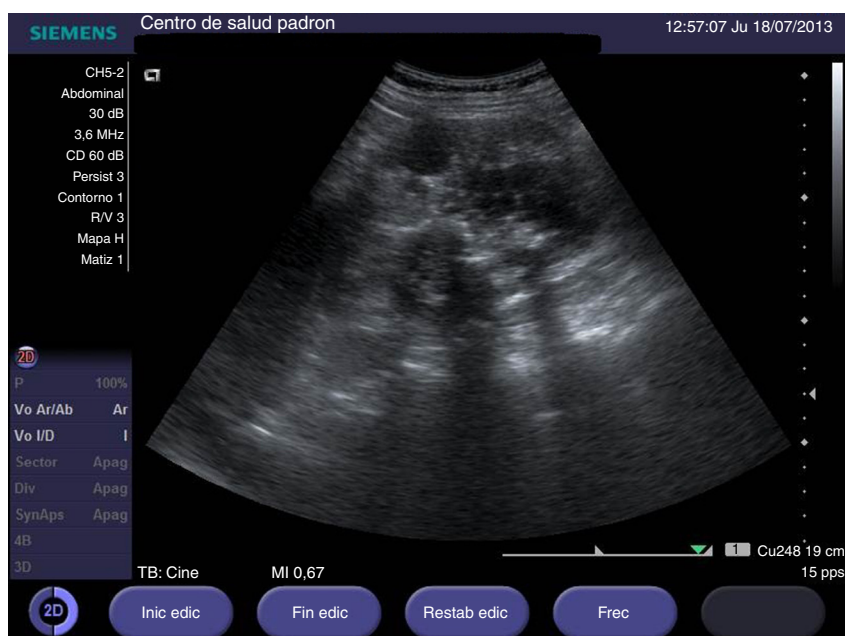


Figura 2 Ecografía de riñón derecho donde se aprecia un parénquima desestructurado y calcificaciones groseras con sombra acústica posterior.

una supervivencia a los 5 años inferior al 2%⁵. El caso que describimos tuvo una supervivencia de unos 4 meses desde el diagnóstico de presunción en la consulta de primaria. La complicación determinante para el éxito fue pulmonar, precisando de soporte con oxigenoterapia domiciliar y drenaje de derrame pleural unilateral derecho, medidas a pesar de las cuales la paciente sufría disnea de mínimos esfuerzos y ocasionalmente de reposo. Se instauró tratamiento paliativo para síntomas de dolor, disnea, agitación y pérdida de la vía oral.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Torres Gómez FJ, Torres Oliveira FJ. Carcinoma sarcomatoide renal con elementos heterólogos malignos. A propósito de un caso. Arch Esp Urol [online]. 2006;59:621-4.
2. Arnoux V, Lechevallier E, Pamela A, Long JA, Rambeaud JJ. Sarcomatoid renal cell carcinoma. Prog Urol. 2013;23: 430-7.
3. Farrow GM, Harrison EGJR, Utz DC. Sarcomas and sarcomatoid and mixed malignant tumors of the kidney in adults. Cancer. 1968;22:545-63.
4. Fernández Mena J, Zuluaga Gómez A, Díaz de la Guardia FV. Caracterización por la imagen de las masas renales. Atlas por la imagen. Actas Urol Esp [online]. 2009;33:482-98.
5. Gómez García I, Burgos Revilla FJ, Sanz Mayayo E, Rodríguez Patrón R, Conde Someso S, García Cosío Piqueras M, et al. Carcinoma sarcomatoide de riñón. Aportación de un nuevo caso y revisión de la bibliografía. Actas Urol Esp. 2003;27: 649-53.
6. Cahpman-Fredricks JR, Herrera L, Bracho J, Gómez-Fernández C, Leveillee R, Rey L, et al. Adult renal cell carcinoma with rhabdoid morphology represents a neoplastic dedifferentiation analogous to sarcomatoid carcinoma. Ann Diagn Pathol. 2011;15: 333-7.
7. Chen S, Chen G, Xia D, Li J, Wang S, Shen B, et al. Sarcomatoid carcinoma of the renal pelvis: Experience of multiple cases over a ten-year period. Oncol Lett. 2013;6:513-6.

F.J. Formigo Couceiro^{a,*}, M. Iglesias Otero^b
y M. Portela Romero^b

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente de Santiago de Compostela, Ambulatorio Concepción Arenal (UAP3), Santiago de Compostela, La Coruña, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente de Santiago de Compostela, Centro de Saúde de Padrón, Padrón, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

francisco.javier.formigo.couceiro@sergas.es

(F.J. Formigo Couceiro).