



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/318 - ADENOCARCINOMA RENAL: HALLAZGO OCASIONAL

M.A. López Jordán^a, M.D. Gómez Martínez^a y M. Sandoval López^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Totana Sur. Murcia. ^bATS. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años que acude a consulta para control de hipertrofia benigna de próstata. En tratamiento con tamsulosina 2 años, con estabilidad clínica y miccional. Se realiza analítica con PSA y ecografía de vías urinarias, objetivándose lesión en riñón derecho. Antecedentes personales: dislipemia, HTA, tabaquismo activo hasta hace 2 años.

Exploración y pruebas complementarias: EF: BEG. TA 135/75, Tacto rectal: próstata adenomatosa G II. Analítica: creatinina 0,82, urea 47. Orina con sedimento normal. PSA 1,6. Ecografía vías urinarias: lesión sólido-quística en polo superior del riñón derecho de 5,5 cm de diámetro, naturaleza heterogénea, y próstata de 35 cc de volumen. TAC con contraste: hallazgos compatibles con tumor sólido en polo superior de riñón derecho, con zonas hipodensas que podrían estar relacionadas con necrosis, probable carcinoma de células renales, sin poder descartar oncocitoma. No adenopatías retroperitoneales. Se realiza nefrectomía radical derecha vía anterior. Anatomía patológica: carcinoma de células claras renales de 4,1 cm organoconfinado grado II de Furman con invasión de la cápsula. Grasa perirrenal y vena renal libres. Márgenes quirúrgicos libres (Pt1BN0M0). Tras la intervención el paciente presenta buena evolución, manteniendo estabilidad clínica y analítica.

Juicio clínico: Adenocarcinoma renal grado II de Furman (Pt1bNoMo) derecho.

Diagnóstico diferencial: Tumores benignos (angiomiolipoma, oncocitoma), otras lesiones malignas (linfoma, metástasis, carcinoma de células transicionales del tracto urinario superior).

Comentario final: Los tumores malignos renales representan el 2-3% de todos los tumores. El carcinoma de células renales son los más frecuentes (85%), predominando en la sexta década de la vida y en varones (2:1). Clínica como dolor costovertebral, masa palpable o hematuria aparecen en el 10% de los casos, aunque este tumor puede no tener clínica, alcanzando en ocasiones un gran tamaño. Puede manifestarse con síntomas generales como fiebre, pérdida de peso, astenia y debilidad, o síndromes paraneoplásicos. En nuestro caso, el diagnóstico y tratamiento precoz pudo hacerse gracias a una revisión rutinaria de HPB, puesto que la analítica era normal, el paciente no refería ningún síntoma y su estado general era bueno. Solicitar una ecografía de control en Atención Primaria fue la prueba decisiva para el éxito en abordaje y pronóstico de este tumor.

Bibliografía

1. Rodríguez E, et al. Carcinoma de Bellini. Nuestra experiencia. Arch Esp Urol. 2000;53:611-6.
2. Ruiz Cerdá, JL, et al. Estudio del contenido en ADN y de su asociación con el estadio, tamaño tumoral, arquitectura, tipo celular y grado nuclear en el adenocarcinoma renal. Actas Urol Esp. 1997;21:6-14.
3. Ruiz B, et al. Diagnóstico incidental del carcinoma renal. ¿Implica un mejor pronóstico? Actas Urológicas Españolas. 2001;25:278-82.
4. Zalabardo D, et al. Clínica, diagnóstico y pronóstico del carcinoma renal. Actas Urológicas Españolas. 2002;26:532-40.
5. Ortiz Gorraiz M, et al. Valoración de factores pronósticos de la supervivencia en una serie de 202 pacientes intervenidos por carcinoma de células renales. Actas Urológicas Españolas. 2005;29:179-89.
6. Medina López RA., et al. Factores pronósticos del carcinoma de células renales. Actas Urológicas Españolas. 2009;33:575-83.
7. Algaba F, et al. Aplicación clínica de las actuales clasificaciones del cáncer renal. Actas Urológicas Españolas. 2006;30:372-85.

Palabras clave: *Adenocarcinoma renal.*