



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 409/8 - INFECCIONES URINARIAS DE REPETICIÓN Y ¿ALGO MÁS?

Á. Sáez Fernández<sup>1</sup>, O. Vicente López<sup>2</sup>, R. Iniesta García<sup>3</sup>, S. Joleini Joleini<sup>4</sup>, A. Moran Escudero<sup>5</sup>, M. Pejenaut Labari<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Marazuela. Las Rozas. Madrid. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Manzanares del Real. Madrid. <sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Agustín de Guadalix. Madrid. <sup>5</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Juncal. Torrejón de Ardoz. Madrid. <sup>6</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 80 años con AP. de HTA en tratamiento con enalapril y dislipemia con atorvastatina. Acude a consulta por infecciones de orina de repetición, persisten a pesar de correcto tratamiento antibiótico según 2 antibiogramas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración no se objetiva patología abdominal y en la analítica de orina encontramos hematíes, 151-300 eritrocitos/ $\mu$ l además del cultivo positivo. Citamos al día siguiente, en ayunas y con preparación adecuada para ecografía abdominal. Riñón derecho de situación tamaño y morfología normal. Detectamos en tercio medio del riñón izquierdo masa sólida heterogénea, con áreas líquidas y otras calcificadas, con bordes no bien definidos y que altera la normal eco estructura renal al perder en esa zona la fisiológica diferenciación córtico-medular, de un tamaño de 43 x 29 mm. La paciente es derivada a urología por circuito de malignidad y tras realizar uroTAC con contraste, estadio de Robson I, tumor confinado a la cápsula renal. Los tumores de tamaño menor de 5 cm, habitualmente el procedimiento quirúrgico es la tumorectomía, en este caso, la paciente presentó complicación hemorrágica en operación, se procedió a extirpación quirúrgica del riñón derecho. La muestra de anatomía patológica confirmó el dx de adenocarcinoma renal de células claras. El paciente no ha precisado otros tratamientos, y sigue actualmente revisiones en servicio de urología de área.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma renal de células claras.

**Diagnóstico diferencial:** Masas renales solidad malignas. Adenocarcinoma. Carcinoma células transicionales. Linfoma + frec no Hodgkin. Metástasis pulmón colon mama estómago.

**Comentario final:** El adenocarcinoma de células renales es la lesión renal maligna más frecuente, en torno al 90% de todas las neoplasias renales. Ecográficamente aparece como masa sólida, heterogénea, de bordes irregulares. El parénquima y seno renal se encuentra infiltrado y desestructurado. En ocasiones se pueden identificar en interior zonas anecogénicas, en relación con focos hemorrágicos o áreas necróticas. El crecimiento del tumor puede afectar a órganos vecinos, siendo obligado explorar minuciosamente 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 abdominopélvica. 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/maligno del proceso estudiado. 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**

Rumack CM, Wilson SRS, Charboneau JW, Johnson JA. Diagnóstico por ecografía, 4ª ed. Philadelphia, Elsevier Mosby, 2011.