



160/2609 - UN CASO DE CONSOLIDACIONES PULMONARES BILATERALES

M.Á. Arrabal Arrabal^a, E. Tejada Pérez^b, M.Y. Hércules Carbajal^c, M.P. García Butenegro^d, J. González Moraleja^e y C. Quimbayo Arcila^f

^aHospital Virgen de la Salud. Toledo. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pedro de la Fuente. Bargas. Toledo. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Mª de Benquerencia. ^dFEA de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ^eCentro de Salud. ^fFEA de Anatomía Patológica. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: La presentación clínica de la entidad patológica responsable del cuadro es inusual lo que confiere a este caso interés para su presentación al resto de la comunidad científica. Se trata de un paciente de 49 años sin antecedentes médicos de interés, remitido desde Atención Primaria por cuadro catarral persistente de una semana de evolución con tos productiva y aumento progresivo de la sensación de disnea, hasta entonces sin fiebre, con manejo sintomático. Se decide derivar a Urgencia para realizar pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada se objetivan TA: 122/85 mmHg; FC: 98 lpm; FR: 29 rpm; Sat O₂: 91%; T^a 38 °C y en la auscultación sibilancias dispersas en ambos hemitórax. Sin otros hallazgos relevantes. En las pruebas complementarias realizadas llama la atención la presencia de leucocitosis con neutrofilia, PCR 27, Insuficiencia renal con Cr 1,72 mg/d e insuficiencia respiratoria parcial hipoxémica (PCO₂ 34, PO₂ 50, saturación O₂ 88%). Se solicitó además radiografía de tórax que mostró la presencia de consolidaciones intersticial bilateral sin derrame pleural. Ingresó en medicina interna con el diagnóstico: neumonía adquirida en la comunidad bilateral y se inició antibioterapia con levofloxacino y ceftriaxona además de broncodilatadores inhalados.

Juicio clínico: Infección respiratoria de vías bajas, descartar neumonía adquirida en la comunidad.

Diagnóstico diferencial: Bronquitis, influenza, tuberculosis, enfermedad colágeno-vascular. Enfermedad pulmonar neoplásica primaria o metástasis. Sarcoidosis.

Comentario final: Evolución clínica tórpida con disnea de mínimos esfuerzos, persistiendo insuficiencia renal y consolidaciones pulmonares por lo que se solicitó broncoscopia y TAC toracoabdominal, que se informa de Cáncer de vías urinarias con implantes metastásicos perirrenales, adenopatías locorreregionales con infiltración de vena cava inferior, vena renal derecha, adenopatías mediastínicas afectación pulmonar metastásica, con toma de biopsia. Diagnóstico: carcinoma de Bellini con afectación pulmonar metastásica. Conclusión: paciente inoperable desde el punto de vista urológico, se completó el estudio de extensión con TAC craneal, ecocardiograma y fue valorado por oncología que inició tratamiento paliativo según esquema carboplatino-gemcitabina sin

que se afectase significativamente la progresión tumoral evolucionando a situación terminal en aproximadamente 6 meses. El tumor de Bellini es una forma agresiva de neoplasia renal que supone el 1% de las lesiones epiteliales malignas del riñón. Habitualmente en el curso clínico la triada clásica la constituyen la hematuria, dolor en flanco intermitente y masa abdominal detectable con técnicas de imagen. La forma de presentación nos obliga a realizar diagnóstico diferencial de los patrones intersticiales bilaterales pulmonares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frías Cortés JD, Castro alfaró A. Carcinoma del ducto colector de Bellini. Rev. Mexicana de Urología. 2013;3(5).
2. García Fadrique G, Ramírez Backhaus M, Morales G, Pontones JL, Jiménez Cruz JF. Carcinoma de los conductos colectores de Bellini. Presentación de un caso y revisión de la literatura. 2010. Actas Urol Esp. 2015;34(7).