



242/2950 - ¿ESTREÑIMIENTO CAUSANTE DE MASA ABDOMINAL?

M. López Rico^a, M. Chacón González^b, I. Martínez Rico^c, J. Soto Olivera^d y A. Moreno Moreno^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^eMédico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 70 años, AP: HTA. Consulta por poliuria con glucemia capilar normal y analítica en la que aparecen alteraciones del hemograma y aumento de reactantes de fase aguda. Se repite analítica al mes, con progresión de alteraciones y aparición de dolor en hemitórax izquierdo y sensación distérmica sin clínica respiratoria; se solicita radiografía de tórax (normal) y nueva analítica, donde persisten alteraciones. En la última consulta, refiere dolor ocasional en hipocondrio izquierdo y estreñimiento, por lo que se solicita ecografía de abdomen.

Exploración y pruebas complementarias: Palpación de masa en hipocondrio izquierdo. Analítica: anemia, leucocitosis con neutrofilia, trombocitosis, elevación de VSG, LDH, GPT, fosfatasa alcalina, PCR y ferritina. Ecografía abdomen: lesión 10,5 × 7,9 × 7 cm de diámetro en riñón izquierdo, irregular, con ecoestructura muy heterogénea y adenopatías paraaórticas izquierdas. TC tóraco-abdominal: adenocarcinoma renal izquierdo, afectación de vena renal y adrenal izquierdas. RMN abdomen: formación renal izquierda, compatible con neoplasia, conglomerado adenopático latero-aórtico y vena renal izquierda aumentada de espesor y sin flujo, por la presencia de un trombo que se extiende hasta casi el ostium de la vena cava inferior.

Juicio clínico: Tumor renal localmente avanzado.

Diagnóstico diferencial: Estreñimiento. Síndrome mieloproliferativo. Tumor órgano sólido.

Comentario final: La paciente ingresó a cargo de Urología. Se le realizó una nefrectomía izquierda e inició tratamiento quimioterápico. En TAC posteriores, aparición de nódulos en pulmón e hígado, sugestivos de metástasis. El carcinoma renal se ha denominado clásicamente como “el gran simulador” por la dificultad de su diagnóstico, puede ser asintomático o presentar una sintomatología muy florida. Suele producir metástasis por vía hematológica, sobre todo en pulmón, ganglios linfáticos, huesos y suprarrenales. El único tratamiento potencialmente curativo es la nefrectomía. En la enfermedad avanzada, los fármacos multiana y antiangiogénicos han desplazado a los fármacos tradicionales.

Bibliografía

1. Molina Villaverde R, Villalobos León L, Martínez-Amores B, Ríos González E. Cáncer renal. *Medicine*. 2017;12:1947-54.
2. Peycelon M, Renard-Penna R, Rouprêt M. Tumores renales. *EMC-Tratado de Medicina*. 2011;15:1-10.
3. Patard JJ, Baumert H, Corréas JM, Escudier B, Lang H, Long JA, et al. Recommendations 2010 en onco-urologie: tumeurs du rein. *Prog Urol*. 2010;20(suppl 3):19-39.

Palabras clave: Cáncer renal. Simulador. Nefrectomía.