



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3394 - HEMATURIA CON SORPRESA

S. Anselmi González^a, P. Fernández de la Mata^b, I. Ramiro Bejarano^b, E. Santos Ferreras^c, L. Alvarado Machón^a y A. Álvarez Madrigal^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Condesa. León. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 44 años valorada en la consulta de Atención Primaria por clínica de hematuria de inicio gradual, asociando dolor a nivel de fosa renal derecha. Recibe tratamiento inicial con levofloxacino por cuadro de cistitis, y posterior analgesia, tras diagnóstico de cólico nefrítico. Ante la persistencia y evidencia de hematuria franca, se solicitan estudios especiales y se deriva al Servicio de Urología.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física anodina. Analítica: Hemograma: leucocitos 13.900, N 83%, Ly 12,2%. Coagulación y bioquímica normales. S/S Orina: leucocitos 25, eritrocitos 250. Hematuria intensa. TAC abdomino-pélvico: sin hallazgos significativos. RMN con contraste: masa en polo inferior renal sospechosa de hipernefroma de 8 cm de diámetro. Citología de orina: negativa para malignidad. Frotis inflamatorio con cambios reactivos y degenerativos secundarios en células uroteliales. Gammagrafía ósea normal.

Juicio clínico: Hipernefroma.

Diagnóstico diferencial: Quiste hidatídico renal. Urotelioma. Metástasis.

Comentario final: El hipernefroma o carcinoma de células renales constituye el 85% de los tumores malignos primarios del riñón. Se trata de un tumor muy vascularizado, con una progresión clínica impredecible y un alto potencial metastásico. La clínica principal consiste en hematuria, dolor abdominal y tumoración en flanco. Dicha tríada clásica se identifica en un 10-20% de los enfermos, y su presencia sugiere enfermedad avanzada. El diagnóstico se realiza mediante TC abdomino pélvico, RMN y citología de orina. El tratamiento se fundamenta en la nefrectomía total o parcial. Se puede recurrir a la quimioterapia, aunque con poca resolución. La radioterapia y la administración de citocinas (IL-2 o IFN- α) han demostrado utilidad antiangiogénica. La tasa de supervivencia a los 5 años es del 60-75% en las primeras etapas. Si hay propagación a ganglios linfáticos o diseminación a otros órganos, puede llegar a ser menos del 5%.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de

- Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.
2. Hermo Mosqueira FB, Garea C. Hipernefroma, a propósito de tres casos. Semergen. 2008. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-hipernefroma-proposito-tres-casos-13115185>
 3. Jonasch E. Renal cell carcinoma. BMJ. 2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4707715/4>
 4. Miranda Folch JJ. Carcinoma de células renales. Hipernefroma. Presentación de un caso. Rev Med Electrón. 2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000300010

Palabras clave: Hematuria.