



Clínica cotidiana

Macrohematuria autolimitada y monosintomática

Beatriz Sánchez Borrego, María Cubillo Jiménez, Fernando Pérez Escanilla*

Centro de Salud San Juan. Salamanca. Miembros del Aula de Ecografía Clínica de Salamanca (AECAP).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de julio de 2019

Aceptado el 23 de septiembre de 2020

On-line el 17 de noviembre de 2020

Palabras clave:

Atención primaria

Ecografía

Hipernefroma

Hematuria

Pronóstico

R E S U M E N

Varón de 58 años que acude a la consulta de atención primaria refiriendo hematuria autolimitada y monosintomática el día anterior, sin conferirle demasiada importancia porque se encontraba muy bien. No tiene antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, exfumador de 10 cigarrillos/día hasta hace 5-6 años. Mediante la anamnesis, exploración física y esencialmente gracias a la oportunidad de la ecografía en consulta, se realiza una aproximación diagnóstica precoz. Se identificó en la imagen ecográfica un tumor renal, posteriormente confirmado y etiquetado como hipernefroma. Debido a esta anticipación diagnóstica el paciente recibió tratamiento más temprano, precisó una menor estancia hospitalaria y experimentó una evolución más favorable.

© 2020 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Self-limited and monosymptomatic macrohematuria

A B S T R A C T

A 58 year old man who came to the primary care consultation reporting self-limited and monosymptomatic hematuria the day before, without giving it too much importance because he felt very well. He has no medical or surgical background of interest. He smoked 10 cigarettes/day up to 5-6 years ago. Based on the anamnesis, physical examination and essentially thanks to the opportunity of the ultrasound in the medical office, an approximate early diagnostic was made. A kidney tumor was identified in the ultrasound image, which was subsequently confirmed and labeled as hypernephroma. Due to this early diagnosis, the patient received very early treatment. He required a shorter hospital stay and experienced a more favorable evolution.

© 2020 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Keywords:

Primary care

Ultrasound

Hypernephroma

Hematuria

Prognosis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fpereze@semg.es (F. Pérez Escanilla).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2020.050>

2254-5506 / © 2020 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 58 años de edad, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, exfumador de 10 cigarrillos/día hasta hace 5-6 años.

Acude a la consulta de atención primaria y refiere haber sufrido el día anterior un episodio autolimitado de hematuria macroscópica monosintomática. No presenta cuadro constitucional.

Durante la exploración física se observa buen estado general en un paciente consciente y orientado, con buena coloración cutáneo-mucosa, eupneico en reposo y sin adenopatías palpables; auscultación cardiaca y pulmonar dentro de la normalidad; abdomen blando y depresible, no se palpan masas ni megalias, no doloroso; puñopercusión renal bilateral no dolorosa; genitales normales; extremidades sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Se realiza tacto rectal, mediante el que se observa sensibilidad dolorosa, tamaño de próstata normal, de consistencia dura, límites dentro de la normalidad y movilidad normal.

Se realiza exploración ecográfica abdominal: hígado, páncreas y riñón derecho de tamaño y estructura normal; en el riñón izquierdo se observa imagen heteroecoica con algunas áreas quísticas y un área de aparente componente sólido entre el tercio medio y el polo inferior, de 6 cm de diámetro; próstata de 22 ml y estructura normal; vejiga de paredes normales; no hay signos de líquido libre en la pelvis (Figs. 1, 2, 3 y 4).

Se remite al paciente al Servicio de Urgencias del hospital y se adjunta informe ecográfico e imágenes. Allí es valorado por Urología:

- Analítica: hemoglobina 12 g/dl, filtrado glomerular 49 ml/min, creatinina 1,6 mg/dl, glucosa 160 mg/dl; resto de parámetros dentro de la normalidad.
- Ecografía: en el tercio medio del riñón izquierdo se identifica una formación de aspecto heterogéneo, con algunas áreas quísticas y un área aparentemente de componente sólido, de aproximadamente 6 cm (Fig. 5).
- TAC: voluminosa masa renal izquierda, de densidad heterogénea y con calcificaciones, localizada predominantemente en la zona mesorrenal, con bordes lobulados, de un tamaño de 5,7 x 8 x 7,2 cm; en su crecimiento extrarrenal toma contacto anatómico con un corto segmento del colon descendente, así como con la fascia muscular lateral; también da lugar a una impronta sobre el sistema excretor; vena renal izquierda permeable; se asocia a un aumento de densidad de la grasa del espacio perirrenal, donde también se identifica una discreta hiperemia; adenopatía en el hilio renal, con centro necrótico, de 10 mm en el eje corto, que sugiere origen metastásico (Fig. 6).

A partir de estos datos se llega al diagnóstico probable de tumor renal izquierdo de densidad heterogénea, con calcificaciones, secundario a carcinoma de células renales, asociado a adenopatías hiliares ipsilaterales.

Se programa nefrectomía renal izquierda dos meses más tarde.

Tras la intervención y día y medio de ingreso se da el alta por evolución favorable. El paciente se encuentra asintomático, con constantes vitales normales y sin necesidad de sonda vesical. Se recomienda seguimiento ambulatorio por Urología.



Figura 1 – Vesícula biliar libre y replecionada.

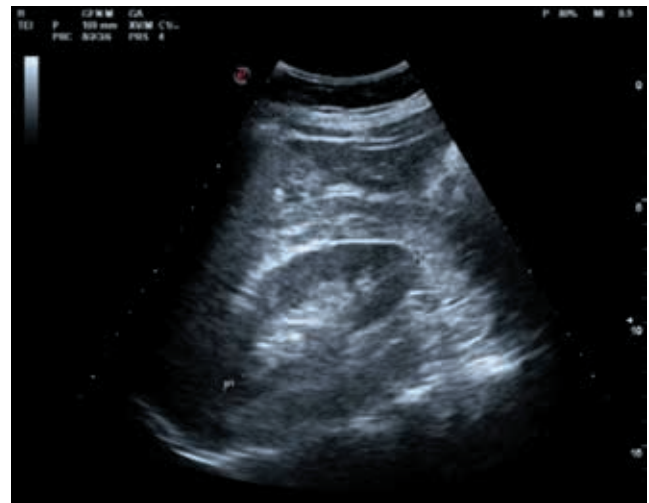


Figura 2 – Hígado y riñón derecho normales.



Figura 3 – Riñón izquierdo: corte longitudinal.



Figura 4 – Riñón izquierdo: corte transversal.

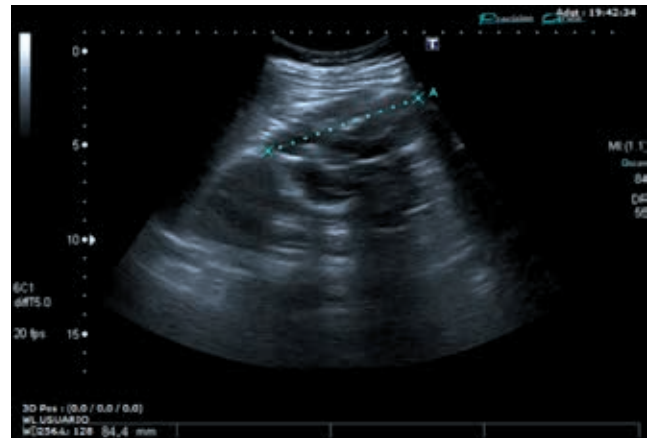


Figura 5 – Riñón izquierdo.

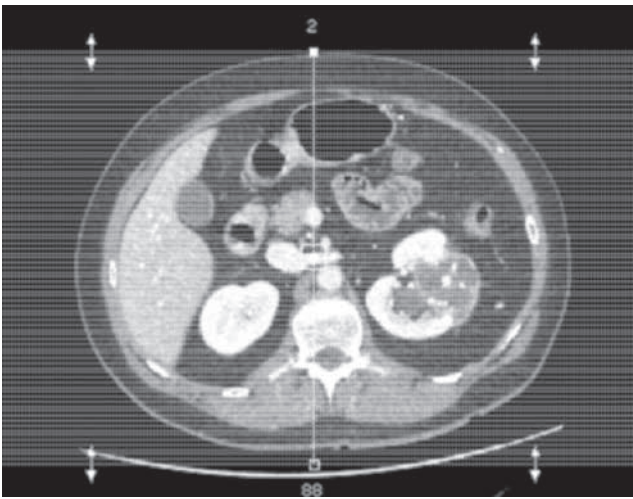


Figura 6 – TAC abdominal.

Comentario

En estas circunstancias el diagnóstico diferencial debe realizarse con litiasis renal, infección del tracto urinario, nefropatías, cáncer avanzado de próstata, hiperplasia benigna de próstata, hematuria *ex-vacuo* (tras sondaje por retención aguda de orina), otras causas hematológicas, toma de ciertos fármacos (antiinflamatorios no esteroideos, rifampicina...), traumatismos, situaciones post-cirugía, malformaciones...

El hipernefroma, o tumor de células renales, es el tumor renal maligno más frecuente en el adulto. Se origina en el epitelio de los túbulos renales y suele alcanzar un gran tamaño. Muestra una abundante vascularización, áreas hemorrágicas y necrosis con calcificaciones. Metastatiza con frecuencia en los ganglios linfáticos regionales y por vía sanguínea. Se suele acompañar de fiebre, hipertensión arterial y poliglobulia.

A pesar del diagnóstico realizado en atención primaria, el paciente siguió la vía de derivación habitual y debido a esto la actuación terapéutica se retrasó. Sería interesante implantar una vía clínica para poder derivar pacientes con un diagnóstico precoz gracias a técnicas como la ecografía.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez F. Medicina de urgencias y emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª ed. Elsevier; 2018.
2. Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en Urgencias. 5ª ed. Panamericana; 2017.
3. Lemos Zunzunegui J, Amorós Oliveros J, González Durán G. ABC de ecografía abdominal. Escuela Española de Medicina General. 2002.
4. Cuenca Morón B, García González M, Garre Sánchez MC, Gil Grande LA, Gómez Rodríguez RA, López Cano A, et al. Tratado de ultrasonografía abdominal. Asociación Española de Ecografía Digestiva. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2010.