



Revista Urología Colombiana

ISSN: 0120-789X

revistaurologiacolombiana@scu.org.co

Sociedad Colombiana de Urología
Colombia

Azuero Perdomo, Julián

Mejor respuesta Caso Clínico 4, publicado en la tercera edición de 2014. ¿Cuál sería su abordaje diagnóstico y terapéutico?

Revista Urología Colombiana, vol. XXIV, núm. 1, abril, 2015, pp. 74-75

Sociedad Colombiana de Urología

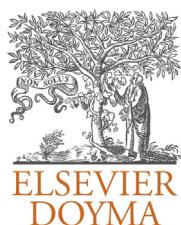
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149138607016>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



CUÁL ES SU MANEJO. RESPUESTA CASO CLÍNICO

Mejor respuesta Caso Clínico 4, publicado en la tercera edición de 2014. ¿Cuál sería su abordaje diagnóstico y terapéutico?☆

Best response to Clinical Case 4, published in third issue of 2014. What would be your diagnostic and therapeutic approach?

Julián Azuero Perdomo

Miembro afiliado a la Sociedad Colombiana de Urología, Urólogo Fundación Puigvert, Barcelona, España

Es importantísimo, inicialmente, realizar una correcta y amplia historia clínica de la enfermedad actual, los antecedentes, enfocándose en los factores de riesgo como hábitos tabáquicos, hipertensión arterial e historia familiar y, por último, el examen físico incluyendo los signos vitales y el índice de masa corporal, con el fin de identificar los factores de riesgo responsable del desarrollo de una masa renal. Por supuesto, el enfoque del examen físico es el abdomen, intentando palpar una masa, pero también ha de realizarse la palpación de cadena ganglionar cervical (útil en caso de sospecha de linfoma), la identificación de varicocele izquierdo (que en este caso no compete por ser tumor renal derecho) y de edema de miembros inferiores (en caso de extensión tumoral venosa). Estos puntos son importantes de cara a solicitar estudios complementarios para identificar enfermedad metastásica o confinada al riñón y, por supuesto, al planteamiento terapéutico a seguir.

El primer estudio que se ha de realizar una vez se tenga la sospecha de masa renal sólida es la tomografía abdominal contrastada (en sus 3 fases: basal, nefrográfica y de

eliminación) para caracterizar la lesión y emitir un diagnóstico en caso de evidenciar una captación de contraste mayor a 15 UH del nódulo en estudio, lo cual es concluyente de tumor renal. Es importante conocer el tamaño de la masa para realizar el estadio clínico T, la morfología y captación de contraste del resto del parénquima renal del riñón comprometido, así como del riñón contralateral, el compromiso con la vía urinaria, la presencia de adenomegalias retroperitoneales, la visualización de la vena renal ipsilateral para descartar trombo tumoral y la morfología hepática en busca de metástasis. En este caso específico es un tumor de 6,5 cm (T1b) localizado en el tercio superior del riñón derecho, con buena morfología y captación de contraste del resto del parénquima renal derecho, el riñón izquierdo se ve normal, sin evidencia de adenomegalias retroperitoneales y de lesiones hepáticas. En este caso, específicamente, y por el antecedente de tos, se ha de realizar una tomografía de tórax con el objetivo de identificar/descartar metástasis.

Hasta en un 30% de los pacientes con masa renal sintomática puede presentar síndrome paraneoplásico, siendo los síntomas/signos más comunes: hipertensión arterial, caquexia, fiebre, pérdida de peso, neuromiopatía, aumento de la VSG, anemia o policitemia, alteración de pruebas de función hepática e hipercalcemia, así que es importante solicitar estos paraclínicos con el objetivo de identificar esta situación y la posibilidad de enfermedad metastásica. Se ha de solicitar a su vez creatinina para determinar la

☆ Nota del editor de la sección de Oncología, Jaime Andrés Cajigas Plata: Analizando las respuestas del caso clínico, la respuesta dada por el Doctor Julián Azuero Perdomo, involucra el mejor análisis del caso, posibilidades diagnósticas y enfoque terapéutico.

Correo electrónico: azuerope@gmail.com

tasa de filtración glomerular (función renal), VSG, fosfatasa alcalina y calcio sérico. También es importante conocer la LDH como factor predictivo de supervivencia, por ejemplo en la clasificación del MSKCC.

Ya enfocados directamente en el caso clínico, tenemos un paciente joven, sin antecedentes clínicos relevantes, quien presenta una masa renal de 6,5 cm (T1b) localizada en el aspecto posterior del polo superior del riñón derecho, aparentemente sin compromiso de la glándula suprarrenal ipsilateral ni evidencia de adenomegalías retroperitoneales ni compromiso venoso ni lesiones hepáticas sugestivas de metástasis, con un parénquima renal restante del riñón afectado en adecuadas condiciones, así como el riñón contralateral (a juzgar por las imágenes del TAC), con una creatinina sérica de 1,2, lo cual corresponde a una función renal (MDRD) 63 que determina un estadio 2 de enfermedad renal crónica y un calcio sérico dentro de los límites normales.

Todos estos hallazgos supondrían una enfermedad limitada al riñón. Ante el antecedente de tos y tras descartar por imágenes diagnósticas que se deba a metástasis, se puede asumir, en el contexto del caso clínico que compete, que se deba a una inusual presentación de carcinoma de células renales que secretan prostaglandinas, principalmente prostaglandina E2, la cual está implicada en la exacerbación del reflejo de la tos a través de la vía del receptor EP3.

Ante la presencia de tumor renal, probablemente carcinoma de células renales, estadio T1b, sin evidencia de metástasis, en un paciente joven y sin comorbilidades, pero con una función renal límite, se debe intentar realizar una nefrectomía parcial, advirtiendo la posibilidad de nefrectomía radical por la localización del tumor con preservación de la glándula adrenal. No hay indicaciones absolutas en términos de la vía de acceso, salvo la que el cirujano se sienta más capacitado.