

CÓLICO RENAL 2º A TUMOR RENAL

Autores: Silvia Menéndez Tuñón, Inés Olaya Velázquez, Nuria Fernández Sobredo, Ana Ruiz Álvarez, Sara Vidal Tanaka, Cristina Villalibre Calderón

Introducción

El cáncer renal representa el 2% de todas las neoplasias y ocupa el séptimo lugar entre las mismas. La edad media de incidencia corresponde a la década de los 60 años, siendo dos veces más frecuente en hombres que en mujeres. Es más frecuente en la raza blanca y en áreas urbanas. La supervivencia a los 5 años, en Europa, es del 56% para hombres y del 61% para las mujeres, con una mediana de supervivencia para la enfermedad metastásica de 26-28 meses.

Descripción del caso

Se trata de una mujer de 59 años sin alergias conocidas ni antecedentes de interés que acude a consulta por un dolor abdominal en vacío derecho tipo cólico irradiado a fosa renal derecha de 24 horas de evolución. Además se asocia a hematuria y náuseas. Refiere que lleva varios días con sintomatología miccional irritativa. A la exploración presenta dolor a la palpación abdominal en vacío derecho así como una puño-percusión renal derecha positiva. Se administra analgesia intravenosa por sospecha de cólico renal pero dado que el intenso dolor de la paciente persiste, se deriva a urgencias donde se realiza una ecografía en la que se visualiza una masa renal intensamente vascularizada derecha que condiciona una moderada ectasia del sistema pielocalicial y además adenopatías a nivel del hilio renal derecho. Todo ello hace sospechar de un carcinoma de células renales que posteriormente es confirmado mediante la realización de una biopsia.

Estrategia actuación

Se ha denominado clásicamente como “el gran simulador” por la dificultad diagnóstica. La clásica triada de hematuria, dolor y masa palpable en el flanco ocurre en una pequeña proporción de pacientes y a menudo es indicativa de enfermedad avanzada. La hematuria ocurre en el 40-60% de los pacientes y puede ser tanto microscópica como franca. El dolor lumbar suele ser continuo, está presente en hasta un 40% de los casos y se debe a distensión de la cápsula renal. Tras anamnesis y exploración, ante la sospecha de cáncer renal es recomendable la realización de una analítica completa (sangre y orina) así como una prueba de imagen (ecografía o TC) así como una biopsia para confirmar el diagnóstico

Bibliografía

Fernández Calvo, O; Charlín Pato, G; García Campelo, M. R; Lamelo Alfonsín F. Cáncer renal. Disponible en:

<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/cancer-renal/> (último acceso 4 de marzo de 2016)

Ljungberg, B; Cowan, N; Hanbury, D.C; Hora, M; Kuczyk, M.A;Merseburger, A.S; et al. Guía clínica sobre el carcinoma renal. Disponible en:

<http://uroweb.org/wp-content/uploads/02-GUIA-CLINICA-SOBRELA-CARCINOMA-RENAL.pdf> (último acceso 4 de marzo de 2016)