

Imagen con valor diagnóstico

Dr. Gerardo Calvo García
Hospital Universitario "Virgen del Rocío". Sevilla

Comentario: Se presenta un caso de Neoplasia Renal, a cuyo diagnóstico se llega fácilmente a través de E.C.O. y T.A.C.

Historia clínica: Se trata de un enfermo varón de 75 años de edad, que refiere una historia de hematuria indolora, que apareció repentinamente, cesando en uno o dos días, para nuevamente hacer aparición al transcurrir unos días, de forma intermitente y total. En la anamnesis, relataba igualmente o describía polaquiuria diurna cada dos o tres horas y nocturna dos veces. Disuria en ocasiones. Exponía no haber tenido ni fiebre ni edemas. Función digestiva normal. Pérdida de peso y astenia.

Sin referencia de interés entre los antecedentes personales y familiares.

El clínico, observó una palidez tenue y liviana tanto en el semblante como en las mucosas del enfermo.

La exploración analítica, evidenció unos resultados anodinos, salvo la existencia de una discreta hematuria microscópica.

El E.C.G: presentó unos parámetros normales.

Exploración radiológicas: El enfermo una vez visto en Urgencias por el Servicio de Medicina Interna, es trasladado a la Unidad Exploratoria - Ecografía. Previamente se había realizado Urograma Intravenoso, en la que se había visualizado una imagen o masa en el polo anterior renal derecho, originando un agrandamiento circunscrito de la sombra renal derecha. El sistema colector se encontraba elongado. Amputación de infundíbulos y cálices del grupo caliciar inferior.

La Ultrasonografía detectó una masa totalmente rellena de ecos internos (Fig.1). Nos demostraba que la extensión de la tumoración era evidente, ya que existía trombosis de la cava inferior (Fig.2).

Las masas sólidas visibles en ultrasonido no son siempre carcinomas renales. El diagnóstico diferencial con las

masas renales que pueden presentar un patrón ultrasonográfico sólido son los siguientes:

- Hipernefroma
- Hematoma
- Metástasis
- Linfoma
- Angiomiolipoma
- Sarcoma
- Pielonefritis Xantogranulomatosa

Con este diagnóstico diferencial, se practica una T.A.C., medio exploratorio insustituible para el estudio del estadiaje de los procesos neoplásicos. El estudio que practicamos, fue abdominal, realizando un barrido que abarcaba desde sínfisis pubiana a cúpula diafragmática.

A nivel de región hepática, vesícula y páncreas no apreciamos alteraciones significativas.

La silueta renal derecha, se encuentra desestructurada y aumentada de tamaño por la existencia de una tumoración que presenta en la serie sin contraste intravenoso una densidad cercana a la del parenquima renal.

La imagen tumoral presenta necrosis en su interior (Fig. 6 y 7).

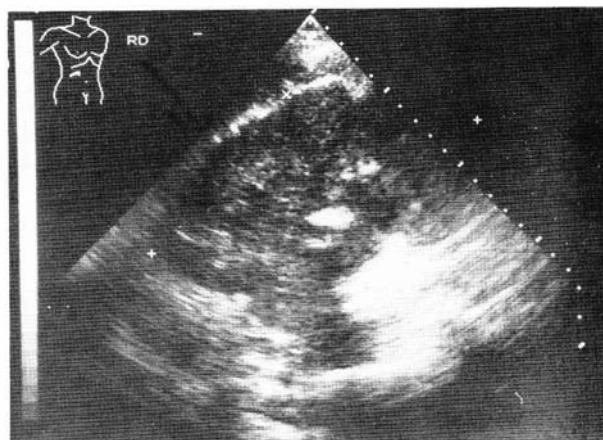


Figura 1

La introducción de medio de contraste o perfusión intravenosa produce un teñido altamente irregular de la masa renal.

El caso que presentamos es un estadio 3 ya que existe invasión de la cava y de los ganglios linfáticos-regionales (fig. 3, 4 y 5).

Bibliografía

KARP W. EKELUND. OLAFSON, GY OLSSON . A *Computed tomography, angiography and ultrasound in staging of renal Carcinoma*, Acta Radiology 87.

STRAUSS M.B., WELT L.G., *Diseases of the Kidney*, 2 Edition, Little Brown and Company, páginas 1.319 - 1.971.

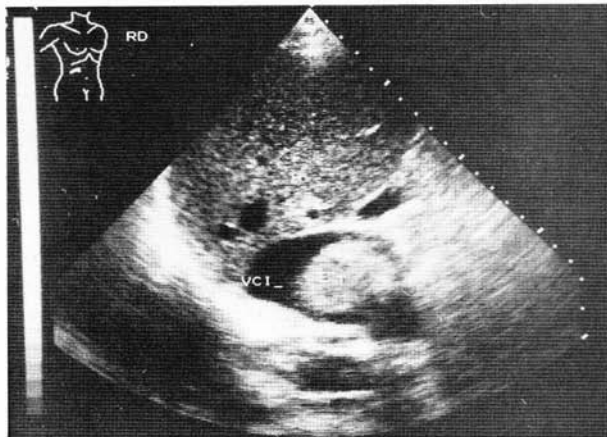


Figura 2

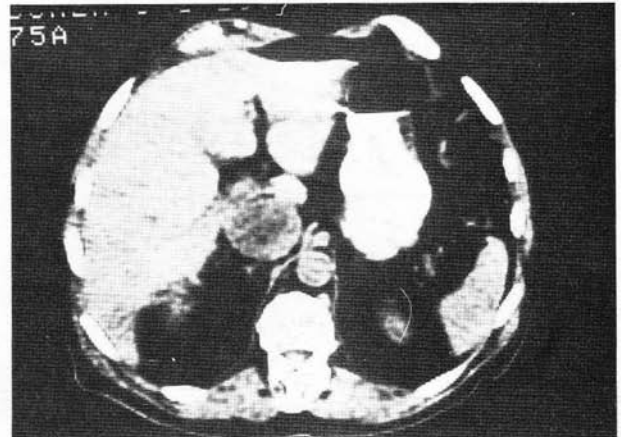


Figura 3

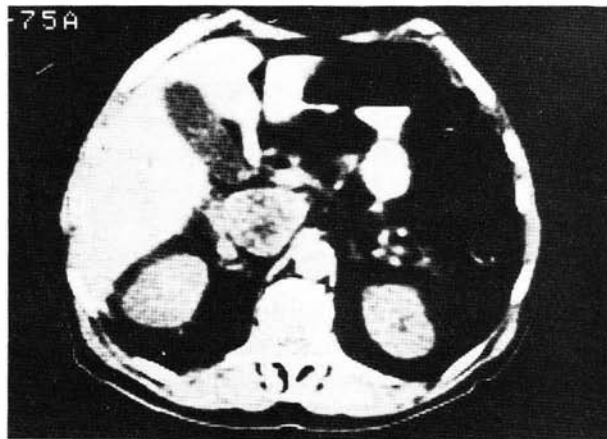


Figura 4

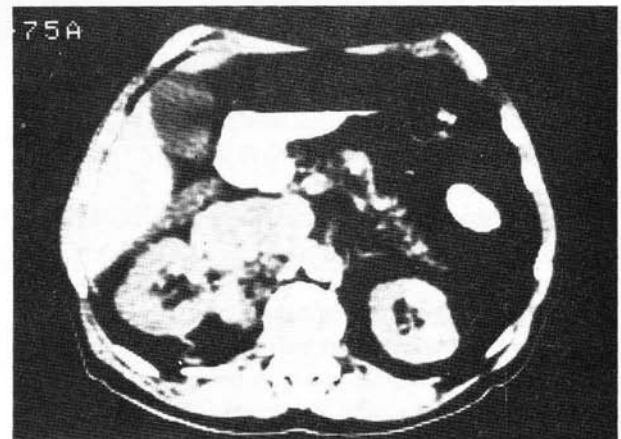


Figura 5

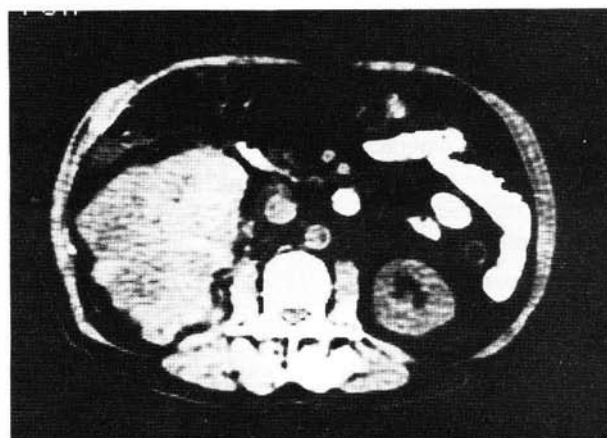


Figura 6

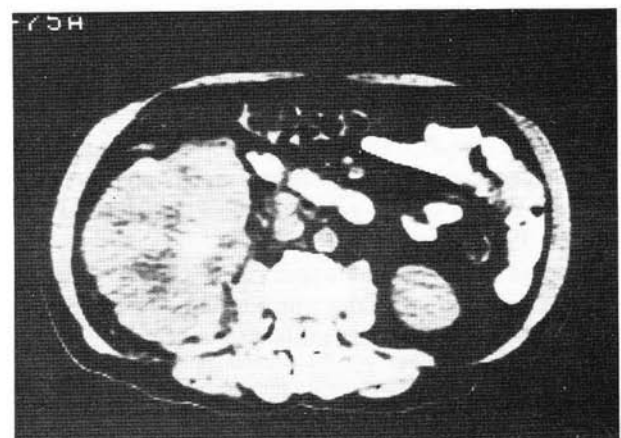


Figura 7