

Mujer de 67 años con clínica miccional discreta

Juan Velasco Juez¹, Ana I. Boedo Arcas²

1 MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA. C.S. VENTORRILLO. A CORUÑA.

2 MÉDICO DE FAMILIA. C.S. VENTORRILLO. A CORUÑA.

Cad Aten Primaria
Año 2015
Volume 21
Páx. 134 - 135

Mujer de 67 años con Antecedentes Personales de Hipercolesterolemia, Osteoporosis, Fumadora de 20 cigarrillos/día desde hace 25 años. La historia ginecológica es de 4 Gestaciones, 2 Partos eutócicos y 2 Abortos; intervenida de un pólipo cervical hace 4 años. NO bebedora. A tratamiento habitual con carbonato cálcico, Ranelato de estroncio y Pravastatina.

La paciente acude a consulta por molestias moderadas en región hipogástrica, asociada a una clínica miccional del tipo dolor uretral, ligera polaquiuria, con emisión de orinas claras. Nunca ha tenido cólicos renales, ni patología litiasica.

Se realiza una tira miccional siendo informada con positividad (1 cruz) para leucocitos y proteínas. Se instaura tratamiento con Ciprofloxacino ante la sospecha de posible Infección del Tracto Urinario.

A los 14 días, regresa de nuevo a la consulta, manifestando muy discreta mejoría de su sintomatología. Se modifica la pauta terapéutica y se solicita la realización de un Urocultivo previo.

En la siguiente visita, la paciente manifiesta haber acudido a su ginecólogo privado quien, tras realizar la consulta que incluyó ecografía ginecológica y nuevo urocultivo, no objetivó patología e instauró una pauta de Ibuprofeno. El resultado del urocultivo solicitado por nosotros también era negativo.

¿Cuál sería la actitud más apropiada con esta paciente?

- Adoptar una actitud expectante y citarla para más adelante.
- Solicitar nuevas pruebas complementarias.
- Derivar al especialista de ginecología.
- Derivar al especialista de urología.
- Ensayar una nueva terapéutica

RESPUESTA

Solicitamos en esta visita una analítica que incluye bioquímica, hemograma y urianálisis. En este último se observan células de aspecto atípico, por lo que además de cursar una citología para estudio anatomopatológico, citamos a la paciente para la realización

de una ecografía abdominal en nuestro centro.

En la ecografía, encontramos una imagen hiperecoica en corteza renal derecha de unos 6 mm de diámetro sugestiva de Angiomiolipoma, pero que obliga a descartar un carcinoma de células renales. Para ello solicitamos una prueba de TAC

Recibimos el resultado de la citología con el hallazgo de células malignas, carcinoma de células transicionales que sugiere componente "in situ".

En el TAC solicitado se aprecia un nódulo hipodenso de muy pequeño tamaño y con valor de atenuación bajo en el polo superior renal derecho compatible con angiomiolipoma. En cara posterior vesical se observa, al realizar una hélice tardía, un defecto de repleción de 1,4 x 2,5 mm. A descartar Ca de vejiga.



La paciente es derivada al Servicio de Urología donde se le practica una cistoscopia: vejiga de buena capacidad y distensión. Presenta una zona de eritema difuso y pequeños neovasos en retrotrígono vesical y cara lateral derecha, cerca del meato uretral derecho, sugestivas de Cis.

Con la sospecha de carcinoma in situ, se programa un tratamiento quirúrgico endovesical que incluye Mapeo Vesical y RTU (resección endoscópica transuretral) de vejiga.

COMENTARIO

Desde el punto de vista de la epidemiología, el cáncer de vejiga supone, aproximadamente el 2% de todos los tumores malignos y el segundo en frecuencia del tracto genitourinario.

Se ha descrito una asociación estrecha entre el desarrollo del carcinoma vesical urotelial y el consumo de tabaco. El riesgo relativo incrementado de los fumadores, respecto a los no fumadores, es de 2 a 4.

Los tumores uroteliales de localización vesical corresponden en la mayoría de los casos (90%-95%) a carcinoma de células transicionales.

El carcinoma in situ (Cis), que representa el 1-2% de los tumores vesicales, es de localización intraepitelial de manera que su diagnóstico inicial sólo es posible tras la sospecha clínica por la presencia de sintomatología miccional de carácter irritativo y las citologías urinarias positivas, habitualmente de alto grado.

Como su nombre indica, los Angiomiolipomas son tumores compuestos por vasos, músculo y grasa. Son las neoplasias benignas más frecuentes del riñón y segundas, tras el carcinoma de células renales, en la frecuencia total de los tumores renales. Estos tumores aparecen, en su mayoría, en mujeres de edad media. Carecen de potencial maligno y raras veces causan síntomas.

La imagen ecográfica clásica, que se observa aproximadamente en el 80% de las ocasiones, es una masa homogénea, cortical, bien definida, de ecogenicidad igual a la grasa renal. Aunque es muy sugestiva de angiomiolipoma, alrededor del 10% de los carcinomas de células renales pueden simular esta apariencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. C. Martínez-Ballesteros. J.Carballido Rodríguez. Tumores vesicales superficiales. Libro del residente de Urología. 2007.
2. Middleton-Kurtz-Hertzberg. Ecografía. 2005.
3. A.Yagüe León. Tumores vesicales. Bol. oncol 2011.