

## Tensión arterial elevada, soplo abdominal y tumor renal

José Jiménez Cordero<sup>a,\*</sup> y Octaviano Jiménez Pernudo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Atención Primaria. Centro de Salud Navarredonda de Gredos. Ávila. España.

<sup>b</sup>Médico Atención Primaria. Centro de Salud Sur Este. Ávila. España.

\*Correo electrónico: j.jimenez@movistar.es

### Cuestiones para recordar

- La anamnesis detallada y el examen físico completo son fundamentales en la valoración inicial del paciente con hipertensión arterial (HTA).
- La HTA es primaria en un 95% de los casos, y solo un 5% son de origen secundario.
- La hipertensión vasculorrenal es la primera causa de HTA de origen secundario, y suele presentarse con un soplo abdominal en un 16-20% de los casos.
- La etiología de la HTA de origen secundario puede ser sospechada según los síntomas (*flushing* facial en el feocromocitoma), hallazgos en el examen físico (soplo abdominal en estenosis vasculares), o anomalías en la analítica (aumento de hormonas tiroideas en el hipertiroidismo).
- La HTA secundaria también debe ser considerada en pacientes con HTA resistente o de reciente diagnóstico.
- Los pacientes con cáncer renal suelen ser asintomáticos, y los síntomas de frecuente aparición son dolor en flanco, hematuria y masa abdominal, sin embargo, la tríada solo se presenta en un 6-10% de los casos.
- El cáncer renal es la lesión sólida más común en el riñón en un 90%, y el carcinoma papilar renal representa un 10-15% de los casos.
- La ecografía es de gran utilidad en la valoración inicial de masas renales.
- La tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear son las pruebas de imagen con mayor uso en la caracterización de masas renales.
- La nefrectomía es el tratamiento habitual en el cáncer renal.

**Palabras clave:** Hipertensión arterial • Soplo abdominal • Tumor renal.

### Introducción

Presentamos el caso de un varón de 47 años, español y procedente de la localidad. Fumador de 2 paquetes de tabaco al día. No toma ninguna medicación. Niega tomar sustancias tóxicas y consumo de alcohol ocasional. Consultó al servicio de urgencias ambulatorio por aparición de cefalea, cifras tensionales elevadas y palpitations autolimitadas los últimos días, sin otra sintomatología. Refiere que le habían tomado la tensión arterial (TA) en la farmacia ese mismo día y le aconsejaron acudir al médico. Tras valoración en urgencias ambulatorias, se objetiva TA elevada 220/130 mmHg, por lo que se decide iniciar captopril 50 mg vía oral y es derivado al servicio de ur-

gencias hospitalarias por crisis hipertensiva con una disminución de la TA en torno a 185/115 mmHg.

En la valoración del servicio de urgencias hospitalarias, se objetiva cifras de TA altas (161/108 mmHg), sin hallazgos patológicos en la exploración por sistemas. Analítica, radiografía de tórax y electrocardiograma sin alteraciones. Las cifras tensionales mejoran con la administración de labetalol y furosemida vía endovenosa, por lo que es dado de alta con tratamiento antihipertensivo enalapril 5 mg diario y control por médico de atención primaria.

Posteriormente, en atención primaria, consulta con médico de cabecera que objetiva durante el examen físico TA 180/130 mmHg, peso 92,5 kg, talla 176 cm, índice de masa corporal

29,69, auscultación cardíaca rítmica y regular a 85 latidos por minuto sin soplos ni extratonos, auscultación pulmonar normal, abdomen no doloroso, blando, depresible, no se palpaban masas ni megalias, se ausculta soplo en localización paraumbilical izquierda sin masa pulsátil, pulsos radiales, inguinales y pedios presentes y simétricos. Tras varias tomas de TA se comprueban cifras en torno a 180/130 mmHg, por lo que se sustituye enalapril 5 mg por amlodipino 5 mg, y con posterioridad, se asocia irbesartan 300 mg por escaso control. Ante la sospecha de hipertensión secundaria de probable origen vasculorrenal es derivado al servicio de nefrología. En consulta de atención primaria sucesiva refiere “fatiga” y “cansancio” en relación con la toma de irbesartan, siendo necesario un cambio de pauta a amlodipino 10 mg y atenolol 50 mg, con buen control.

Desde el servicio de nefrología se solicita estudio analítico de hormonas, ecografía renal y diuresis de 24 h. Los valores de homocisteína y adosterona son normales; sin embargo, se observó una hormona tiroidea estimulante de 5,28 U/ml. En la ecografía renal y Doppler renal (fig. 1) se concluye la existencia de una masa renal sólida redondeada y bien delimitada, de aproximadamente 77 × 70 mm, dependiente de la cortical posterolateral del riñón derecho, con vascularización más escasa que la del parénquima renal. Sucesivamente, se realiza tomografía axial computarizada (TAC) toraco-abdominal (fig. 2) y resonancia magnética nuclear abdominal (fig. 3), siendo definitiva la existencia de una masa renal derecha sospechosa de cáncer renal papilar como primera posibilidad, y flujo arterial renal normal, por lo que no se prosiguió con otras técnicas diagnósticas.

Es derivado a la consulta del servicio de urología por alta sospecha de neoplasia renal maligna, que decide tratamiento quirúrgico de la tumoración renal a la vista de los resultados radiológicos. Durante la intervención quirúrgica no hay hallazgos que sugieran enfermedad avanzada y la tumoración renal está localizada y limitada al riñón derecho, por lo que finalmente se realiza nefrectomía radical derecha laparoscópica y la pieza quirúrgica es enviada para estudio en anatomía patológica. El paciente permanece en planta de hospitalización durante el posoperatorio sin incidencias y es dado de alta. El resultado anatomopatológico concluye que la pieza quirúrgica estudiada es compatible con carcinoma papilar de células renales tipo 2, sin datos de infiltración. El análisis de inmunohistoquímica reveló inmunexpresión citoplasmática para CK7 en el 100% de las células tumorales. Tras no evidenciarse enfermedad avanzada, el servicio de oncología descarta el uso de otros tratamientos.

## Discusión

El soplo abdominal es la expresión de un flujo turbulento en la circulación vascular; tras la auscultación se pueden deta-

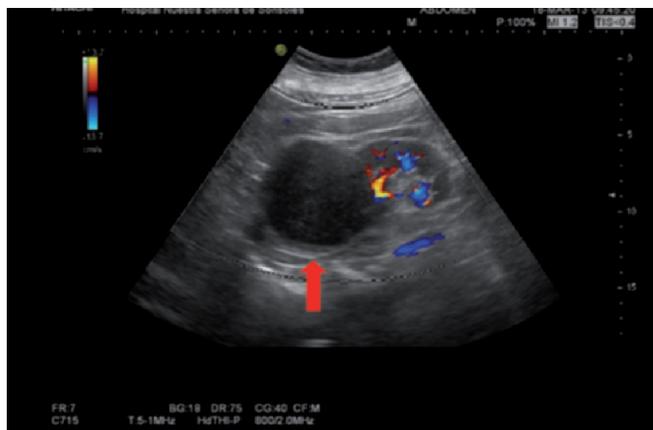


Figura 1. Ecografía Doppler renal derecha. Tumor en riñón derecho (flecha roja).

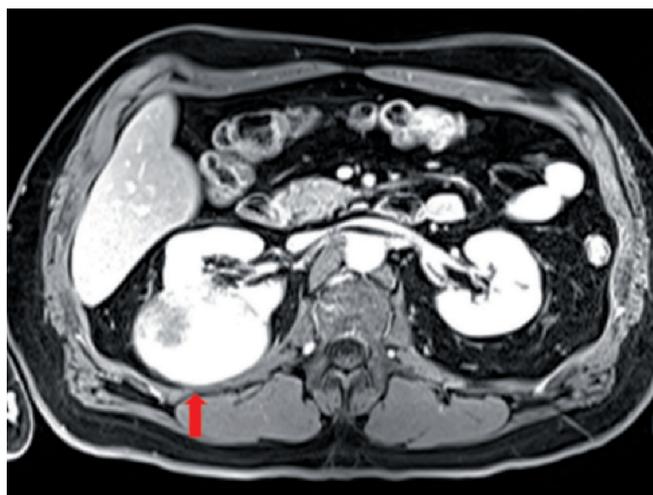


Figura 2. Tomografía axial computarizada abdominal con contraste. Tumor en riñón derecho (flecha roja).



Figura 3. Resonancia magnética nuclear abdominal. Tumor en riñón derecho. Detalle masa renal con captación de contraste (flecha roja).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470452>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470452>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)