



SESIÓN CLÍNICA

18 JUNIO 2025

Dr. David García Benéitez – R2 MI.
Dra. Sara Raposo García – Adjunta MI.



ANTECEDENTES PERSONALES

- ✓ Vive con madre y hermana en medio rural.
- ✓ Sin alergias ni intolerancias conocidas.
- ✓ Fumador de un paquete diario. Exbebedor desde hace 3 años.
- ✓ FRCV: HTA.
- ✓ Ictus isquémico aterotrombótico de ACM izquierda en 2022.
- ✓ Estudio de Neurofibromatosis tipo 1 sin diagnóstico definitivo.
- ✓ Estrabismo convergente izquierdo. Miopía magna.



59 años



TRATAMIENTO HABITUAL

Amlodipino/Valsartán/Hidroclorotiazida 5mg/160mg/12.5mg	Un comprimido al desayuno
Adiro 100mg	Un comprimido a la comida
Atorvastatina 80mg	Un comprimido a la cena
Paracetamol 1g e ibuprofeno 600mg	A demanda



ENFERMEDAD ACTUAL



- ✓ Astenia y anorexia
- ✓ Pérdida de **15kg** en 2-3 meses
- ✓ Dolor en región **fosa renal derecha**
- ✓ Continuo, no respeta el sueño
- ✓ No otra clínica asociada

EXPLORACIÓN FÍSICA

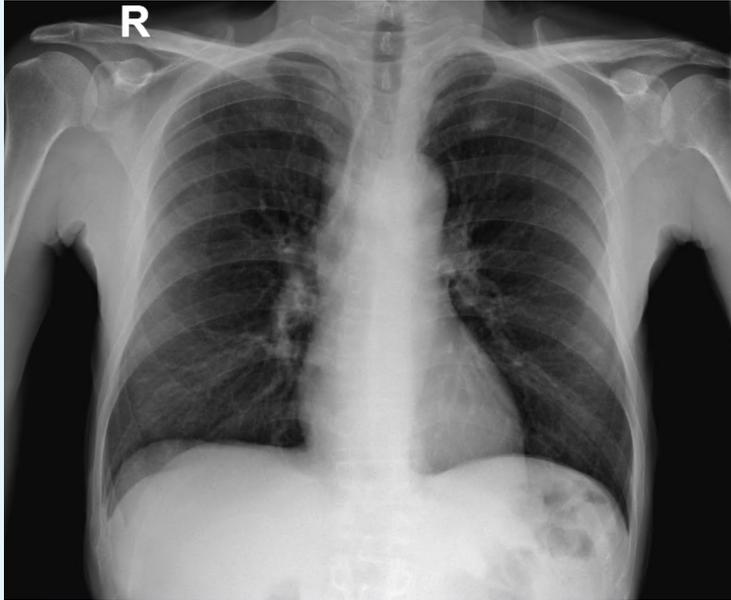
- ✓ Consciente, orientado y colaborador. **Caquético.**
- ✓ TA **145/80**. Eupneico basal con sO₂ 98%. T^a **38.6°C** en urgencias.
- ✓ Manchas café con leche en tronco y brazos
- ✓ AC: Rítmico a 80 lpm. No soplos audibles.
- ✓ AP: MVC sin ruidos sobreañadidos.
- ✓ Abdomen: Blando, depresible, dolor y defensa flanco derecho. Peristaltismo conservado.
- ✓ Fosa renal derecha → **Tumoración dolorosa a la palpación.**
- ✓ EEII: No edemas ni signos de TVP.
- ✓ NRL: Normal.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

BIOQUÍMICA	Glucosa 133, urea 128, creatinina 1.5 (FG 45) , ácido úrico 5.4, PFH normales, BT 0.6, amilasa 79, PT 7.2, CT 162, LDH 58, TG 122, Ca 9.3, P 2, LDH normal, inmunoglobulinas normales, Fe 79, transferrina 173, ferritina 317, IST 46%, Na 139, K 3.4, proBNP 230, PCR 45 , PCT negativa, TSH normal
HEMOGRAMA	Hb 14.9, VCM 85, leucocitos 16200 (neutrófilos 94%) , plaquetas 310000.
COAGULACIÓN	TP 99%, INR 1.01.
PROTEINOGRAMA	PT 7.2, albúmina 3.7, Alfa 1 0.6, Alfa 2 0.9, Beta 0.8, Gamma 0.8. Perfil electroforético compatible con proceso inflamatorio.
MARCADORES TUMORALES	CEA, Beta 2 microglobulina, Ca 12.5, Ca 19.9, AFP, Ca 72.4, Ca 15.3, NSE, SCC y PSA negativos.

RX TÓRAX



RX ABDOMEN



ELECTROCARDIOGRAMA



RESÚMEN

- ✓ Varón 59 años
- ✓ Fumador de un paquete diario. Exbebedor. HTA.
- ✓ Ictus isquémico en 2022 y sospecha NF1.
- ✓ Astenia + anorexia + pérdida 15kg en 3 meses + dolor y masa en fosa renal derecha + fiebre + leucocitosis.
- ✓ Urea 128, FG 45, PCR 45, PCT negativa, leucocitos 16200 (neutrófilos 94%), marcadores tumorales negativos.



MASA + DOLOR FOSA RENAL

CAUSAS	ENFERMEDADES
Etiología tumoral	<ul style="list-style-type: none">• Carcinoma células renales (hiper nefroma)• Angiomiolipoma renal complicado• Tumor urotelial de pelvis renal/uréter• Linfoma renal/retroperitoneal• Tumores asociados con NF1• Metástasis
Etiología infecciosa	<ul style="list-style-type: none">• Infección/absceso renal• Tuberculosis renal
Etiología inflamatoria	<ul style="list-style-type: none">• Nefritis intersticial aguda (NIA)• Vasculitis/conectivopatías
Etiología vascular/hemorrágica	<ul style="list-style-type: none">• Aneurisma arterial• Hematoma retroperitoneal• Trombosis vena renal
Otras patologías	<ul style="list-style-type: none">• Celulitis profunda

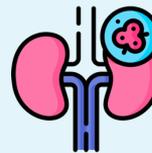
CARCINOMA CÉLULAS RENALES



- **Curso subagudo**
- **Pérdida de peso**
- **Astenia**
- **Fiebre**
- **Masa palpable**
- **Dolor**
- **PCR elevada**

- **Hematuria**
- **Leucocitosis**
- **Anemia**
- **Disfunción hepática**
- **Hipercalcemia**
- **Marcadores tumorales negativos**

ANGIOMIOLIPOMA RENAL



- **Correlación temporal**
- **Dolor**
- **Hipertensión**
- **Masa palpable**
- **Fiebre**
- **Deterioro de la función renal**
- **Asociación NF1**

- **Hematuria**
- **Leucocitosis**
- **Anemia**
- **No signos de sangrado activo**

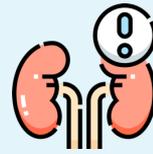
TUMOR PELVIS RENAL/URÉTER



- **Más frecuente en hombres**
- **Exposición al tabaco**
- **Dolor**
- **Fiebre**
- **Leucocitosis (Sd. Paraneoplásico o infecciones)**

- **Hematuria**
- **Síndrome constitucional**
- **Edad**

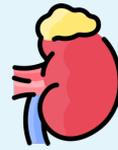
LINFOMA RENAL



- **Masa palpable**
- **Dolor**
- **Fiebre**
- **Pérdida de peso**
- **Deterioro de la función renal**
- **Exposición al tabaco**

- **Hematuria**
- **Esplenomegalia**
- **No linfadenopatías palpables**

FEOCROMOCITOMA

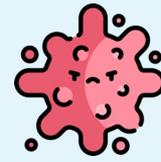


- **Hipertensión**
- **Relación con NF1**

- **Cefalea**
- **Sudoración**
- **Taquicardia**
- **Antecedentes familiares**



SARCOMA RETROPERITONEAL



- **Pérdida de peso**
- **Astenia**
- **Fiebre**
- **Masa palpable**
- **Dolor**
- **Asociación con NF1**

- **Edema y dolor en EEII**
- **Ascitis**
- **Sudores nocturnos**
- **Antecedentes familiares**

TUMORES NERVIOS PERIFÉRICOS



- **Pérdida de peso**
- **Astenia**
- **Fiebre**
- **Masa palpable**
- **Dolor**
- **Asociación con NF1**

- **Hallazgos neurológicos focales**
- **Antecedentes familiares**



METÁSTASIS



- **Pérdida de peso**
- **Astenia**
- **Fiebre**
- **Dolor**
- **PCR elevada**

- **Ausencia tumor primario conocido**
- **Marcadores tumorales negativos**
- **Masa palpable**
- **Anemia**

INFECCIÓN/ABSCESO RENAL



- Fiebre
- Dolor
- Masa palpable
- Astenia
- Pérdida de peso
- Leucocitosis y PCR
- No disuria/polaquiuria

- PCT

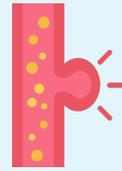
TUBERCULOSIS RENAL



- **Curso subagudo**
- **Pérdida de peso**
- **Astenia**
- **Fiebre**
- **Dolor**

- **Edad**
- **Piuria**
- **Hematuria**
- **No hallazgos radiográficos**
- **No antecedentes de exposición conocidos**

ANEURISMA ARTERIAL

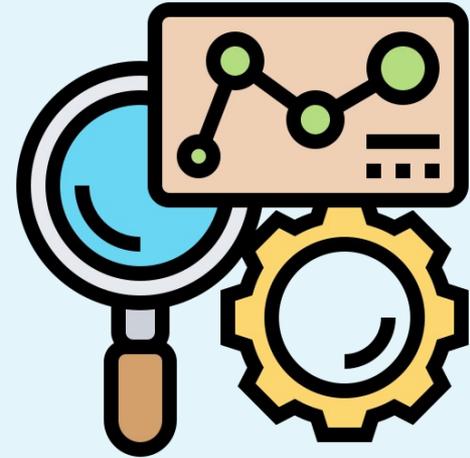


- **Dolor**
- **Masa palpable**
- **Hipertensión**

- **Anemia**
- **No pulsátil**
- **Fiebre**
- **Leucocitosis**
- **Isquemia de extremidades**

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

1. Carcinoma de células renales
2. Tumores asociados NF1
3. Infección/absceso renal
4. Aneurisma arterial



AMPLIACIÓN DEL ESTUDIO

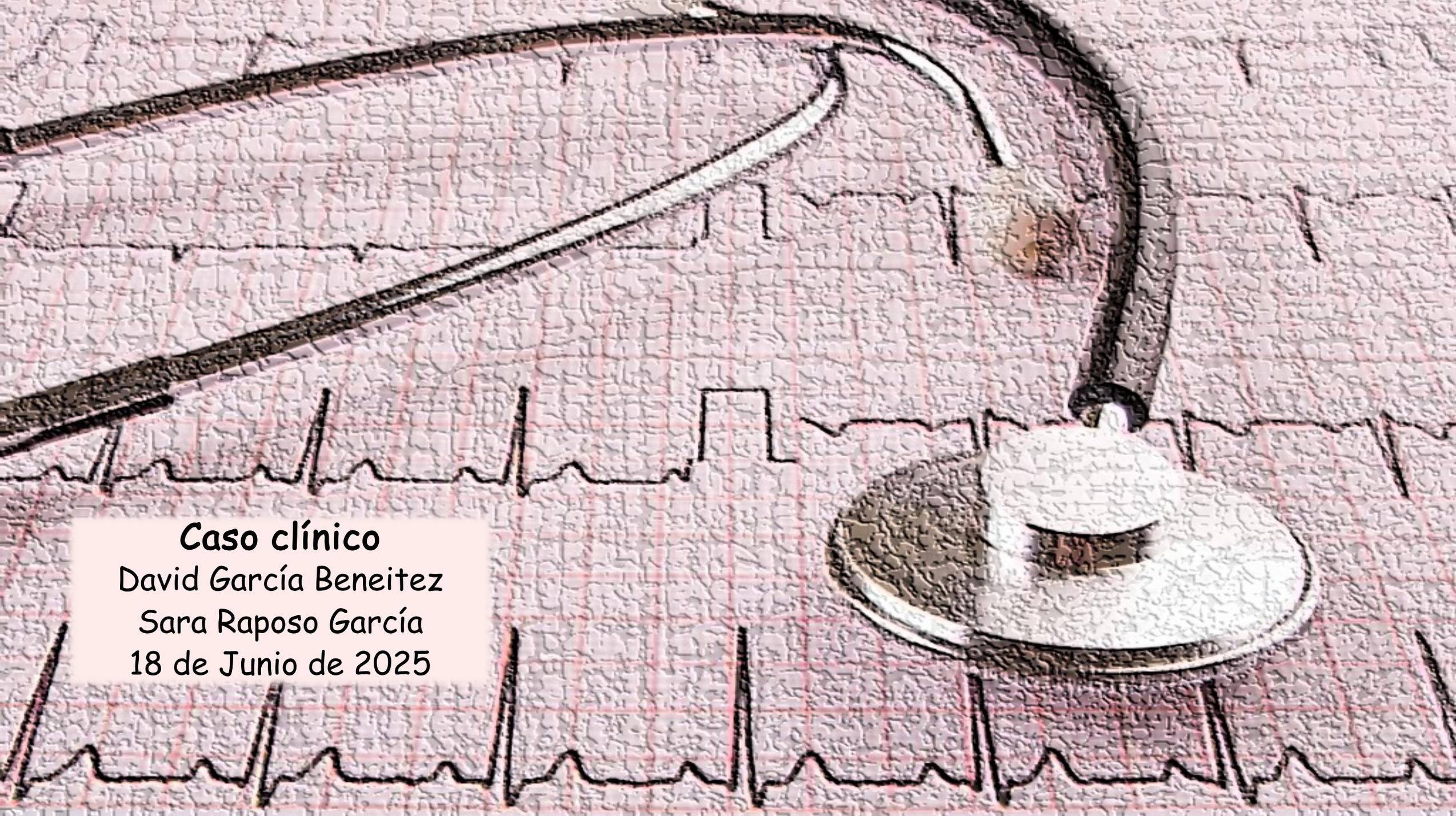
- Completar historia clínica:
Antecedentes familiares, exposición tuberculosis
- Completar estudios NF1
- SYS orina, urocultivo, PCR MT, hemocultivo
- Ecografía renal y retroperitoneal urgente
- TC abdominal y lumbar con contraste (renal + fases tardías)
- Biopsia/aspiración si masa sólida accesible

BIBLIOGRAFÍA

- Diagnóstico y tratamiento médico: Green Book Rodríguez García – Marbán - 2024
- https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-renal-cell-carcinoma?search=carcinoma%20de%20c%C3%A9lulas%20renales&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- https://www.uptodate.com/contents/renal-angiomyolipomas-aml-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=angiomyolipoma%20de%20ri%C3%B1a&source=search_result&selectedTitle=2~30&usage_type=default&display_rank=2
- https://www.uptodate.com/contents/malignancies-of-the-renal-pelvis-and-ureter?search=tumor%20pelvis%20renal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-initial-evaluation-of-non-hodgkin-lymphoma?search=linfoma%20signos%20y%20síntomas&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- https://www.uptodate.com/contents/renal-and-perinephric-abscess?search=absceso%20renal&source=search_result&selectedTitle=1~46&usage_type=default&display_rank=1
- https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-pheochromocytoma?search=feocromocitoma&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-retroperitoneal-soft-tissue-sarcoma?search=sarcoma%20retroperitoneal&source=search_result&selectedTitle=2~17&usage_type=default&display_rank=2#H4067658564
- https://www.uptodate.com/contents/peripheral-nerve-tumors?search=tumores%20del%20estroma%20neurálgico&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- https://www.uptodate.com/contents/neurofibromatosis-type-1-nf1-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?search=tumores%20de%20nervios&topicRef=15269&source=see_link#H1814439
- https://www.uptodate.com/contents/urogenital-tuberculosis?search=tuberculosis%20renal&source=search_result&selectedTitle=1~36&usage_type=default&display_rank=1
- https://www.uptodate.com/contents/management-of-asymptomatic-abdominal-aortic-aneurysm?search=aneurisma%20abdominal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

¡MUCHAS GRACIAS!





Caso clínico

David García Beneitez

Sara Raposo García

18 de Junio de 2025

...EN RESUMEN

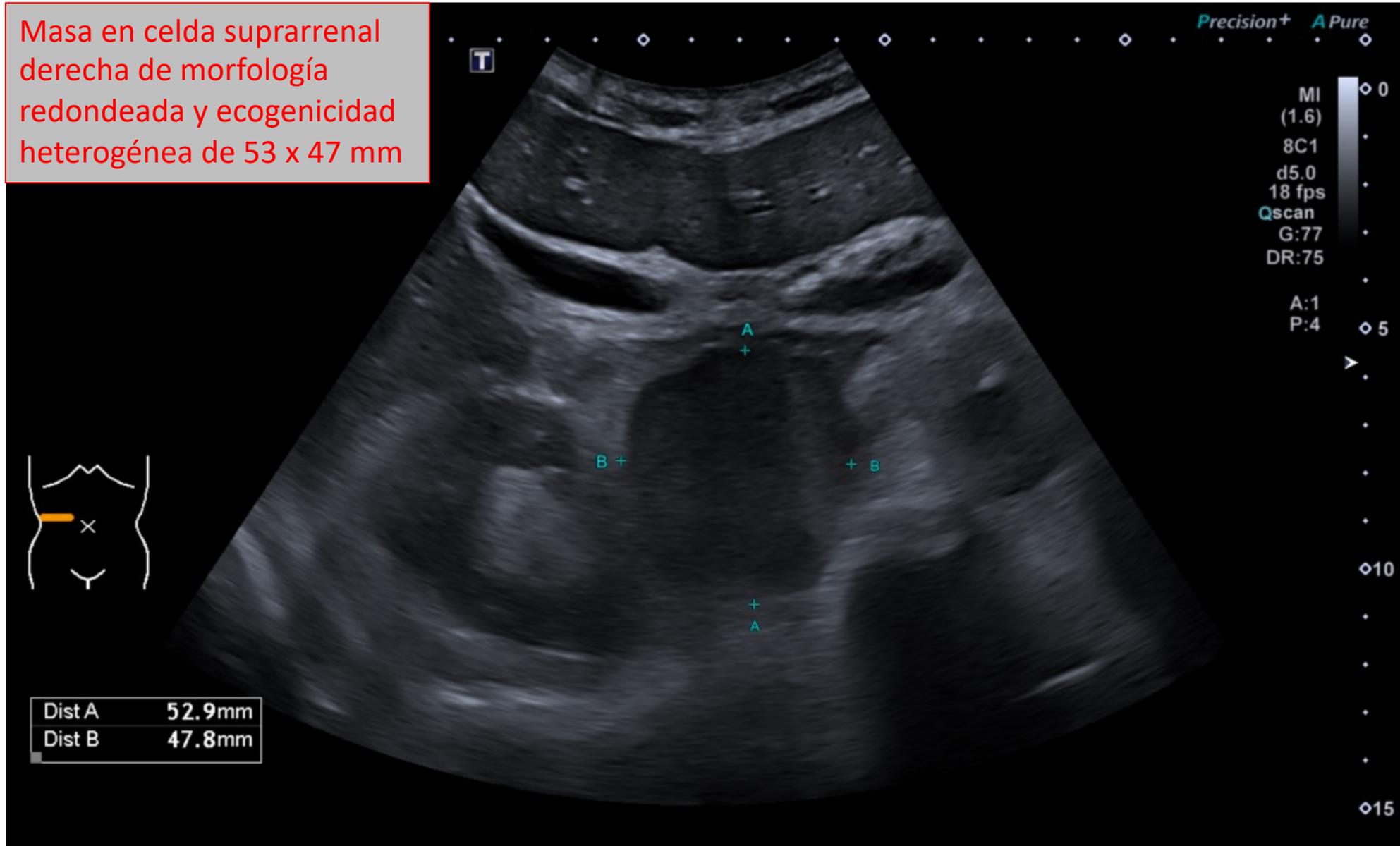
- Varón de 59 años.
- HTA.
- Ictus isquémico en 2022, con estudio por sospecha de neurofibromatosis tipo 1 (sin diagnóstico definitivo).
- Dolor invalidante a nivel lumbar/fosa renal derecha + sd general.
- Caquético. Manchas café con leche en tronco y región superior de brazos. AC: rítmico a 80 lpm. Abdomen con dolor y defensa en flanco derecho. A nivel de fosa renal derecha presenta un aumento de consistencia/tumoración dolorosa a la palpación.

ECOGRAFÍA ABDOMINAL:

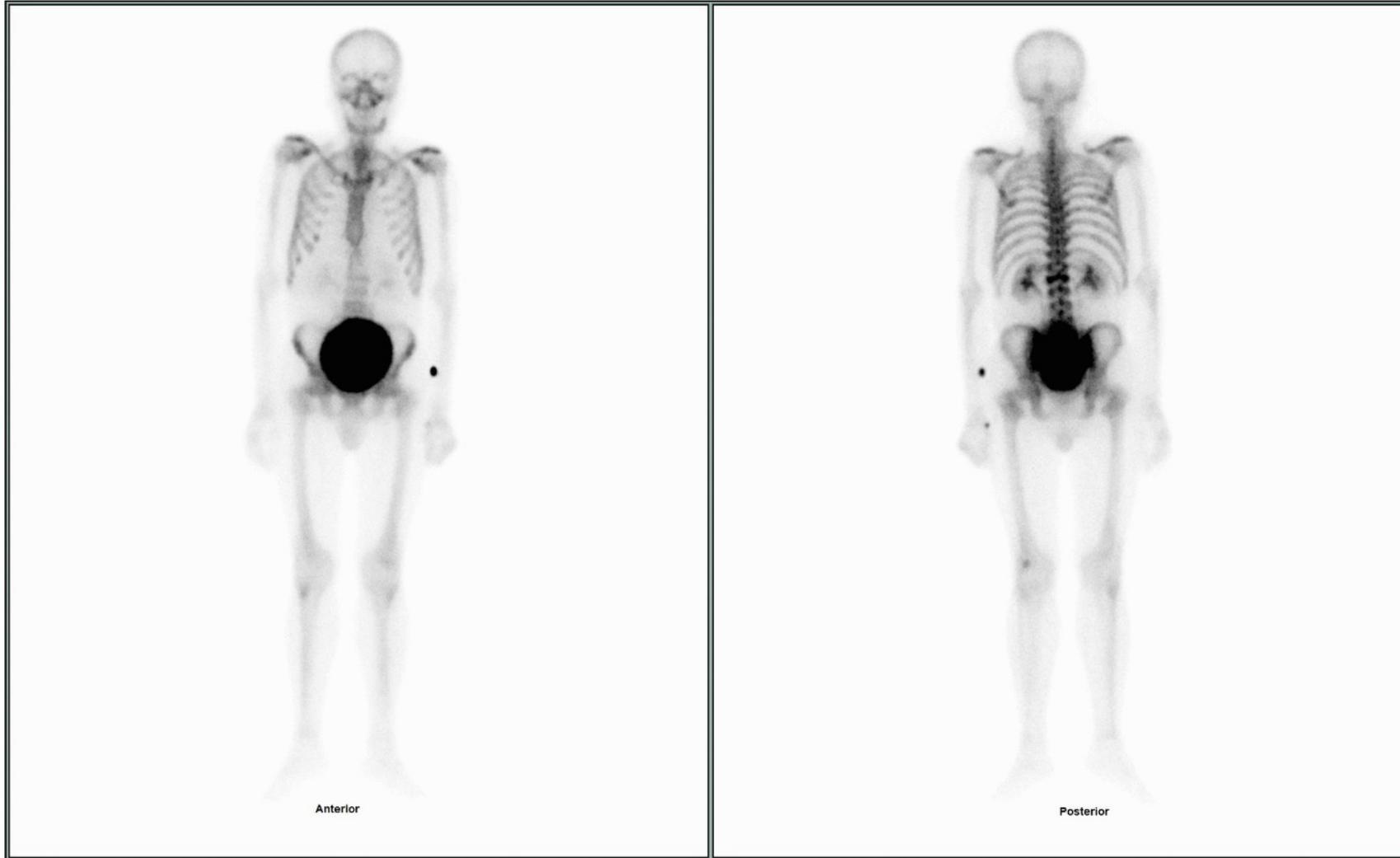
Masa en celda suprarrenal derecha de morfología redondeada y ecogenidad heterogénea de 53 x 47 mm



Dist A	52.9mm
Dist B	47.8mm

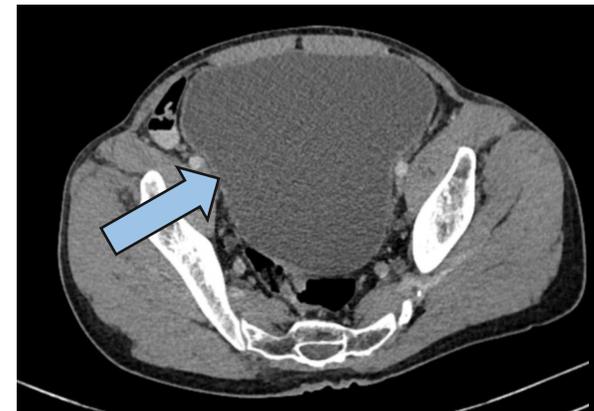
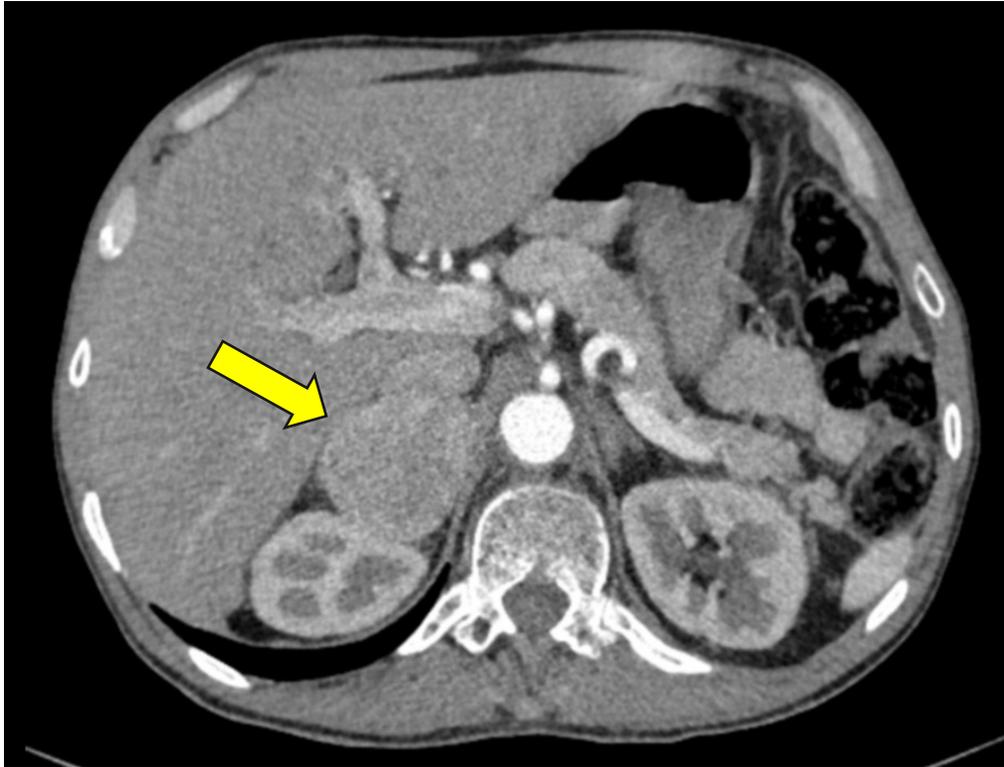


GAMMAGRAFÍA ÓSEA:



Depósito de trazador de morfología lineal en **L1**, sugestivo de **aplastamiento vertebral**. Resto del estudio sin hallazgos gammagráficos relevantes.

TAC TÓRACO-ABDÓMINO-PÉLVICO:



Masa suprarrenal derecha de 5,4 x 4,5 cm que sugiere malignidad (Ca primario vs Mtx)
Distensión vesical sugestiva de globo vesical.

FUNCION SUPRARRENAL

CORTISOL	22.6	$\mu\text{g/dL}$
		De 6-10 mañana: 4.82 - 19.5 $\mu\text{g/dL}$
		De 4-8 tarde: 2.47 - 11.9 $\mu\text{g/dL}$
ACTH	19.1	pg/mL [7.2 - 63.3]
DEHIDROEPIANDROSTERONA S	92.7	$\mu\text{g/dL}$

Nuevos Valores de Referencia y nuevas unidades por cambio de metodología analítica.

Hombres: 24.4 - 492 $\mu\text{g/dL}$ Consultar valores por edad

Mujeres: 33.9 - 407 $\mu\text{g/dL}$ Consultar valores por edad

Niños: 108 - 607 $\mu\text{g/dL}$ Consultar valores por edad

PARAMETROS BIOQ. VARIOS

RENINA PLASMATICA	5.6	ng/mL/h
		Valores de Normalidad:
		Posición supina 0.4-1.9 ng/mL/h
		Posición ortostática 1.9 - 6 ng/mL/h
ALDOSTERONA	* 277	pg/mL

Valores de Normalidad:

Posición supina 10-105 pg/mL

Posición ortostática 40-273 pg/mL

Neonatos 300-1900 pg/mL

<2 años 20-1100 pg/mL

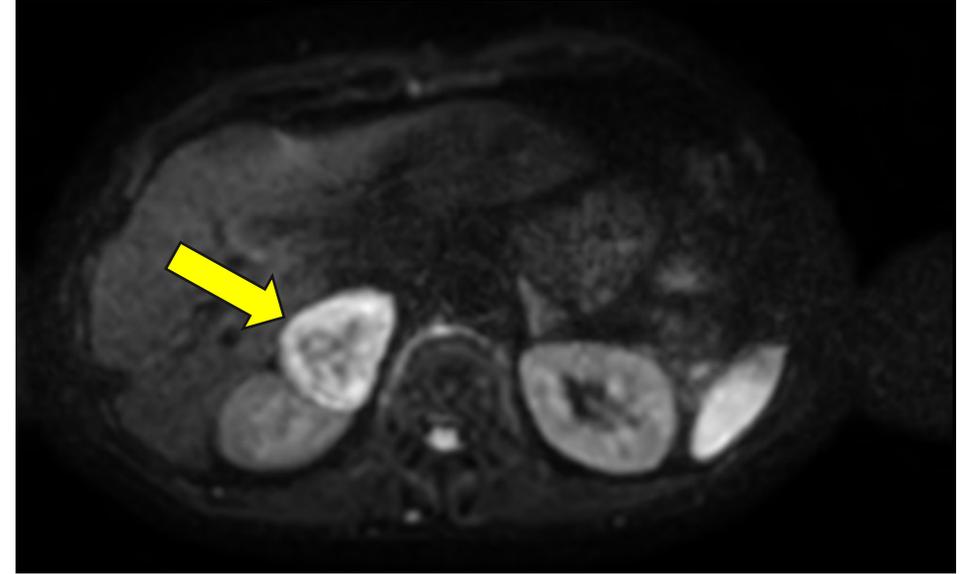
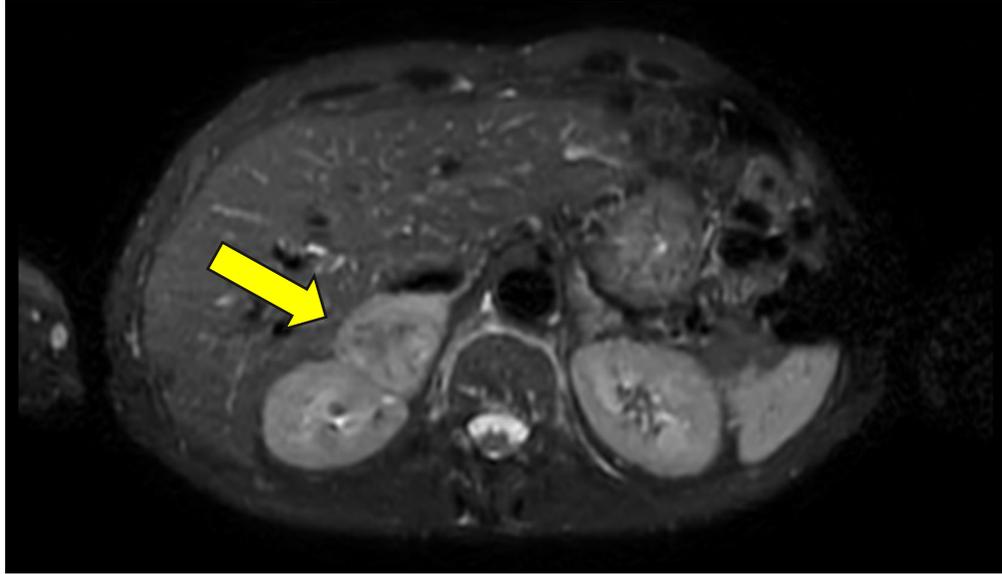
3-6 años 12 - 340 pg/mL

COCIENTE ALDOSTERONA / RENINA	4.9
-------------------------------	-----

Cociente >30 y Aldosterona suero >200 pg/mL se asocia a Hiperaldosteronismo 1º.

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALOR REFERENCIA
BIOQUIMICA ORINA			
DIURESIS (V.R.)	* 4600	ml/24 h	[1000 - 1500]
PROTEINAS ORINAS CUANTITATIVAS	* 15.8	mg/dL	[0 - 15]
CREATININA	1.45	g/24 h	[1.04 - 2.35]
CREATININA ORINA	31.6	mg/dL	
PROTEINAS ORINA 24 HORAS	* 0.7268	g/24h	[0 - 0.15]
SISTEMATICO ORINA			
LEUCOCITOS ORINA	NEGATIVO	Leu/ul	[0 - 24]
HEMATIES ORINA	* 10	Hem/ul	[0 - 4]
DENSIDAD	1011		[1005 - 1025]
PH	7	U/pH	[5 - 7]
PROTEINAS	NEGATIVO	mg/dl	[0 - 14]
GLUCOSA	NEGATIVO	mg/dl	[0 - 29]
CETONA	NEGATIVO	mg/dl	[0 - 4]
BILIRRUBINA	NEGATIVO	mg/dl	[0 - 0,4]
UROBILINOGENO	0.2	mg/dL	[0 - 1]
NITRITOS	NEGATIVO		[NEG]
SEDIMENTO URINARIO			
HEMATIES	1-5	cell/campo	
FUNCION SUPRARRENAL			
ACTH	19.1	pg/mL	[7.2 - 63.3]
HIPERTENSION			
ADRENALINA ORINA 24h	* 961.40	µg/24h	[1.7 - 22.5]
NORADRENALINA ORINA 24h	* 533.60	µg/24h	[12.1 - 85.5]
DOPAMINA ORINA 24h.	* 1573.20	µg/24h	[1 - 498]
ÁCIDO VANILMANDÉLICO ORINA 24h	* 33.1	mg/24h	[1.8 - 6.7]
PARAMETROS BIOQ. VARIOS			
ÁCIDO 5-HIAA ORINA 24h	* 9.2	mg/24h	[0.7 - 8.2]

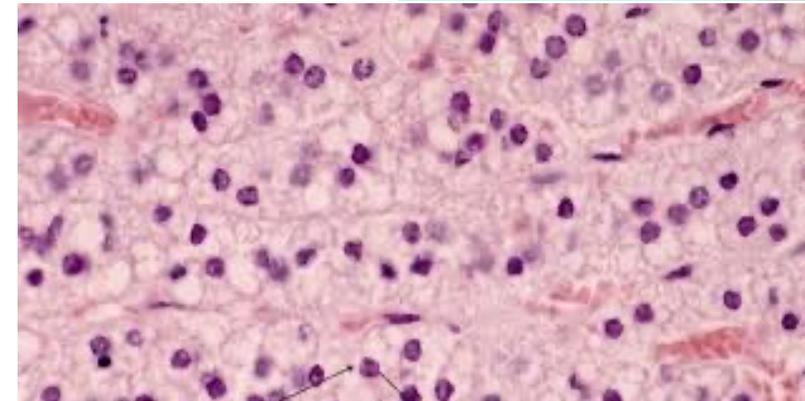
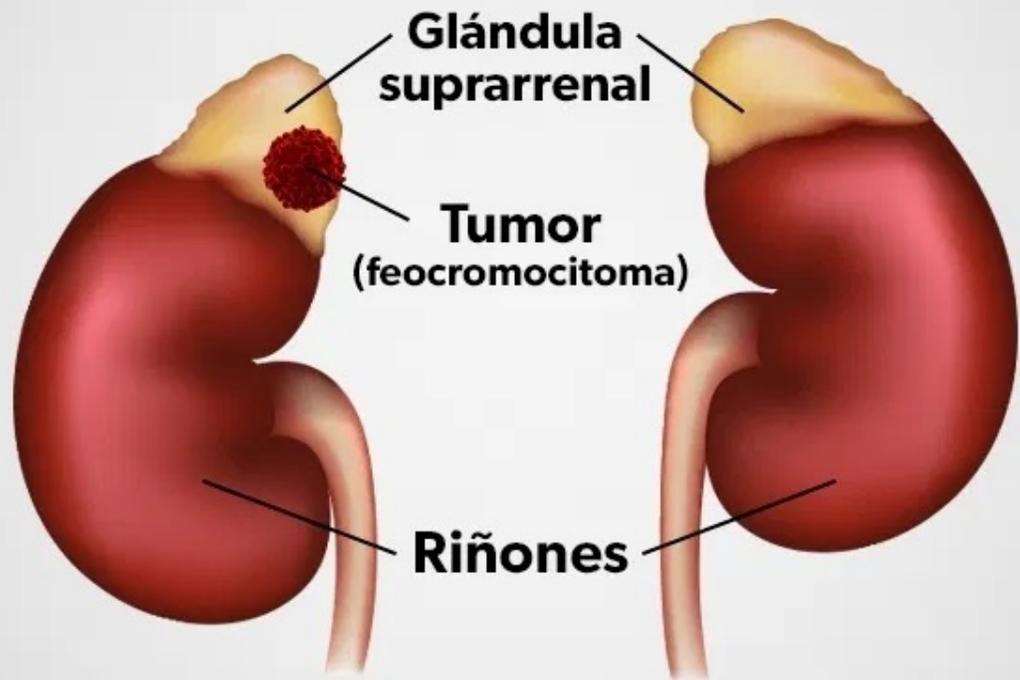
RMN:



Lesión suprarrenal bien delimitada con marcada hiperintensidad de señal en secuencias T2.

NO es compatible con adenoma.

Diagnóstico diferencial: feocromocitoma vs *Mtx / Ca suprarrenal* (tamaño > 4cm).



FEOCROMOCITOMA

DEFINICIÓN:

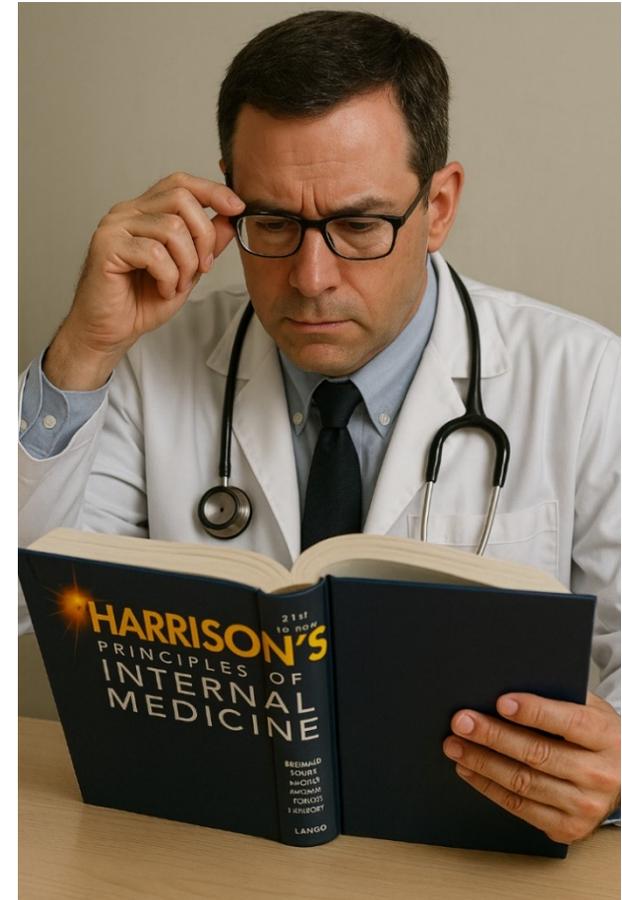
- Tumor neuroendocrino de la médula suprarrenal productor de **catecolaminas** (secreción aumentada y no regulada).

EPIDEMIOLOGÍA:

- Poco frecuente (<0,2% de los hipertensos).
- Incidencia similar en ambos sexos.
- 3ª - 5ª década de la vida.
- 25% malignos.
- Importancia del diagnóstico: potencialmente curable; puede ser letal si no se trata.

FISIOPATOLOGÍA:

- Origen en células cromafines (suprarrenales o paraganglios extraadrenales).
- Producción excesiva de catecolaminas: adrenalina, noradrenalina y dopamina.
- Receptores α y β : presenta efectos cardiovasculares sistémicos.



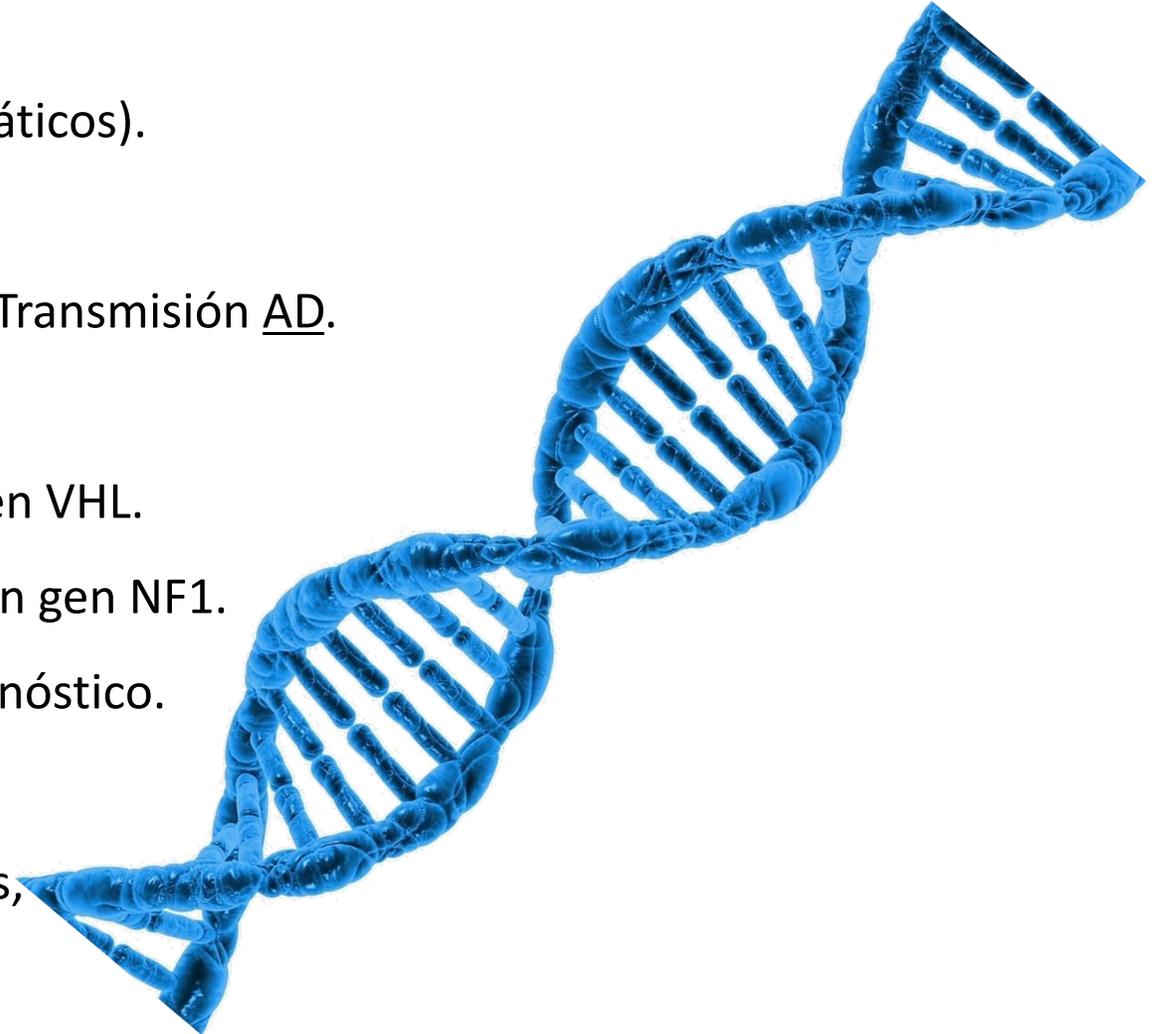
REGLA DEL 10:

- Hoy día se utiliza menos porque hay distintas prevalencias en función de estudios:
 - 10% malignos
 - 10% bilaterales.
 - 10% fuera de las suprarrenales.
 - 10% intraabdominales.
 - 10% patrón hereditario.
 - 10% se diagnostican en normotensos.
 - 10% aparece en niños.



CAUSAS:

- Mutaciones en diferentes genes (germinales y somáticos).
- Casos hereditarios y esporádicos.
- Entre los hereditarios, más de 30 genes asociados. Transmisión AD.
 - *MEN 2* -----> mutaciones gen RET.
 - *Sd de Von Hippel-Lindau* ----> mutaciones gen VHL.
 - *Neurofibromatosis tipo 1* ----> mutaciones en gen NF1.
- Importante análisis genético para diagnóstico y pronóstico.
- Indicaciones de estudio genético: pacientes jóvenes, bilaterales, familiares, extraadrenales.



CLÍNICA:

Debida a la secreción excesiva de **CAS**.

- Triada clásica: **cefalea, sudoración y palpitaciones**.
- Hipertensión: Persistente, paroxística o resistente.
- Otras manifestaciones:
 - Crisis adrenérgicas: palidez, temblor, ansiedad, pérdida de peso, hiperglucemia.
 - Crisis desencadenadas por: fármacos, ejercicio, cirugía, estrés.

“Perlas clínicas”: Pensar en feocromocitoma si...

- **HTA + palpitaciones sin causa clara**.
- **HTA + incidentaloma suprarrenal**.
- **HTA + historia familiar de MEN2, NF1 o VHL**.

- Hasta 10-15% son ASINTOMÁTICOS.



DIAGNÓSTICO:

a) Detección bioquímica

- Catecolaminas plasmáticas / urinarias (24 H) (S 97% E 91%)
- Los valores hormonales corresponden directamente al tamaño del tumor.

b) Localización tumoral

- TAC (masa bien definida con calcificación, necrosis, hemorragia...) o RMN abdominal (lesión brillante como una “bombilla”. Indicada en tumores grandes para ver invasión vascular).
- Si no visible o se sospecha multifocalidad/metástasis → PET-CT (18F-FDG o 123I-MIBG).

c) Documentación anatómica del tumor



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Tirotoxicosis.
- Crisis de pánico.
- Hipoglucemia.
- Abuso de drogas (cocaína, anfetaminas).
- Síndrome carcinoide.



TRATAMIENTO:

RESECCIÓN QUIRÚRGICA

a) Preparación prequirúrgica

- **Bloqueo adrenérgico:** primero α -bloqueo (fenoxibenzamina o doxazosina), luego β -bloqueo.
- **Control de volumen:** hidratación para evitar hipotensión postquirúrgica.
- **Monitorización** estrecha: posible crisis hipertensiva.

b) Cirugía

- **Laparoscópica** si es posible.
- Curativa en la mayoría si es localizado.
- Ppal complicación postcirugía: hipoPA e hipoglu.

c) Seguimiento

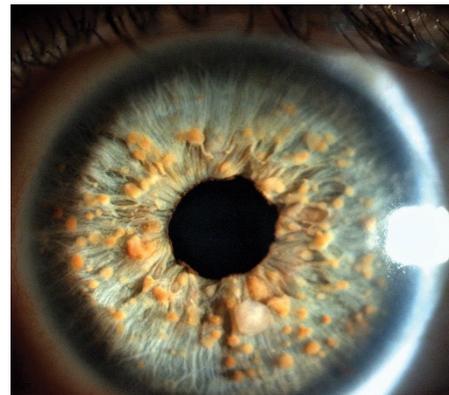
- Vigilancia **bioquímica** anual durante, al menos, **10 años**.
- **Mayor riesgo de recurrencia** si:
 - Tumores grandes.
 - Extraadrenales.
 - Múltiples.
 - Genéticos.



NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1

- Seis o más manchas café con leche mayores de 5 mm en pacientes prepuberales y mayores de 15 mm en pacientes postpuberales
- Dos o más neurofibromas de cualquier tipo o un neurofibroma plexiforme
- Signo de Crowe (efélides axilares o inguinales)
- Glioma de nervio óptico
- Dos o más nódulos de Lisch (hamartomas de iris)
- Lesiones óseas típicas (displasia del esfenoides, displasia o adelgazamiento cortical de huesos largos con o sin pseudoartrosis)
- Antecedentes de neurofibromatosis tipo I en padres o hermanos

Si 2 o más de estos criterios son encontrados en un individuo se realiza el diagnóstico de NF1.



A hand-drawn illustration of a stethoscope on a pink grid background. The stethoscope is drawn in black and white, with a dark tube and a white chest piece. A black line representing a heartbeat or ECG rhythm runs across the grid. The text 'MUCHAS GRACIAS' is written in a bold, black, sans-serif font on a white rectangular background, positioned in the lower-left quadrant of the image.

MUCHAS GRACIAS