

DOLOR DORSOLUMBAR.

JORGE ANDRÉS VÁSQUEZ CASTRO
RESIDENTE 1ER AÑO
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CASTELLÓN

VI JORNADAS DE RESIDENTES DE REHABILITACIÓN FEB/2013

CASO CLÍNICO

- Mujer de 60 años.
- Consulta servicio de Traumatología HGC 19 junio 2012.
- MC: Dolor dorsolumbar derecho.
- EA: 2 años de evolución, tipo punzante y continuo en ocasiones en fosa renal derecha, que no mejora con el reposo, no la deja conciliar el sueño, no irradiado, niega síntomas constitucionales. No toma analgésicos. Ha consultado en varias ocasiones en el servicio de urgencias.

CASO CLÍNICO

- Antecedentes personales:
- Hipotiroidismo secundario a hemitiroidectomía derecha (2009) por bocio multinodular. Eutirox 50 mcg/día. (controles ecográficos normales, seguimiento por endocrinología).
- Fumadora 3 cigarrillos/día desde hace 20 años, no consumidora de alcohol.
- Osteoporosis lumbar y osteopenia femoral en tratamiento con Bifosfonatos (Riseditronato) hasta marzo 2012. (decisión propia)
- Revisión ginecología anual con mamografía realizada julio 2012 Categoría BIRADS:1(mamas normales).
- Colonoscopia (normal) 2010 por sangre oculta en heces dudosa.

CASO CLÍNICO

- URG 20 mayo 2012: Dolor en fosa renal derecha, EVA 4, náuseas y vómito, sin fiebre y sin síntomas urinarios. Dolor a la palpación dorsolumbar dcha.
- Resultados: Analítica y Rx de abdomen normal.
- DX: Cólico nefrítico.
- Alta: Analgesia.



CASO CLÍNICO

- URG 22 mayo 2012: Dolor lumbar sin irradiación, sin mejoría con el tto, no síntomas urinarios y sin fiebre. Balance Articular de raquis cérico dorso lumbar completo, no dolor en apófisis espinosas, dolor en musculatura paravertebral derecha T8-T9.
- Resultados: Analíticas y Rx de raquis dorsal normal.
- Dx: Dorsalgia.
- Alta: Analgesia.



CASO CLÍNICO

- URG 30 mayo 2012: Disartria, movimientos involuntarios de mandíbula, cabeza y cuerpo. Sin otra sintomatología; excepto persistencia de la dorsalgia derecha. (valorada por neurología). CARE
- Resultado de analítica: (hemograma y bioquímica) ECG y TAC cráneo: normales.
- DX: Ansiedad Vs efecto secundario tras retirada de medicación de forma brusca. (Naprosyn, Yurelax, Zaldiar)
- Alta: Enantyum y Myolastan.

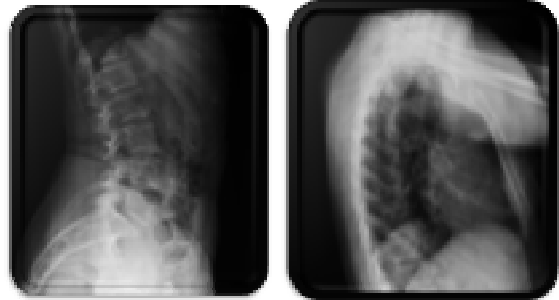


CASO CLÍNICO

- CARE. 8 JUNIO 2012: Persistencia del dolor lumbar. No relata síntomas constitucionales.
- Examen físico: dolor lumbar derecho, palpación de tumoración pétreo a nivel paravertebral derecha.
- Resultados: Rx de columna dorsolumbar con déficit de cierre del arco posterior L5.
- Conducta: Por persistencia del dolor dorsolumbar tipo mecánico y sin traumatismo previo es enviada a la consulta de COT.



CASO CLÍNICO



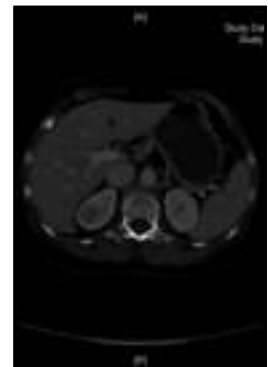
CASO CLÍNICO

- COT 19 junio 2012. Examen físico realizado sin cambios con respecto a las atenciones previas.
- Se solicita RMN raquis Dorsolumbar.
- Resultado: Alteraciones parcheadas en C7, T2 y T3 y articulación costovertebral derecha T5, sugestivas de lesión infiltrante maligna ósea secundaria. Cuerpos vertebrales sin pérdida de altura. HNP L5-S1.
- Conducta: Derivación a Medicina interna.



CASO CLÍNICO

- 2 octubre 2012: Ingreso hospitalario donde se solicita TAC-C toraco-abdomino-pélvico.
- Resultado: Lesión sólida de 3 cm en polo superior de riñón derecho con bordes bien definidos, captación homogénea de contraste y sin invasión de la vena renal ni adenopatías retroperitoneales o pélvicas. Lesión esclerosa en pedículo derecho T5 y cuerpo vertebral de T2.
- Lesión sugestiva de Carcinoma de células renales.
- Metástasis osteoblásticas en raquis dorsal.



CASO CLÍNICO

- 8 octubre 2012: Biopsia renal.
- 11 octubre 2012 RMN cerebral sin infiltración maligna secundaria.
- 17 octubre 2012: Resultado de biopsia. Carcinoma de células claras. Valoración por Urología y Oncología.
- 20 octubre 2012: Colonoscopia normal.
- 22 octubre 2012: PET-CT sin hallazgo patológicos.
- 30 octubre 2012: Gammagrafía ósea con discreta hiperactividad ósea en columna cervical compatible con proceso degenerativo benigno, ausencia de otras alteraciones óseas.



CASO CLÍNICO

- 4 diciembre 2012: Ingreso para nefrectomía radical derecha por laparoscopia (05-12-12).
- 18 diciembre 2012: Resultado de anatomía patológica. Carcinoma de células renales tipo células claras que no afectan los bordes quirúrgicos ni rebasa la capsula.
- Estadio I (T1aN0M0).



CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

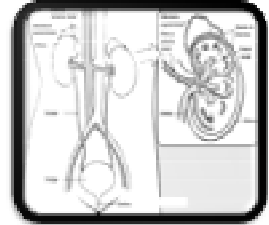
- 2013 SAC 65.150 (H:40.430-M:24.720)
- Deceosos 13.680 (H:8.780-M:4.900 mujeres)
- Entre 50 y 70 años. > Hombres 2:1.
- FR: Tabaquismo, genéticos, enfermedad de Von Hippel-Lindau y hemodíalisis.
- El tipo más común de cáncer de riñón, 9:10.
- Cinco tipos: **Células claras 75%**, cromófilo o papilar 15 %, células poligonales largas 3%, oncocitoma renal 3%, células colectoras 2%.



✓ Gill IS, Aron M, Gervais DA, Jewett MA. Small renal mass. N Engl J Med. 2010 Feb 18;362(7):624-34.
 ✓ Moreno SM, Beritez JA, Mathez Gonzalez NA. Ultrastructural studies in a series of 18 cases of chromophobe renal cell carcinoma. Ultrastruct Pathol. 2005;28:377-87.

CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

- Bilaterales en el 1% de los casos.
- Diagnostico incidental. TAC y ECO
- Triada clásica: Dolor en flanco, masa abdominal y hematuria. 10% casos.
- Productor de renina y eritropoyetina.
- Diagnostico: Ecografía renal, TAC abdominal, RMN, PET, pielografía, angiografía, gammagrafía ósea y biopsia renal.



✓ American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2013. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2013.

CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

- Estadio I (T1aN0M0) <4 cm.
- Supervivencia: > 81% a 5 años.
- Tratamiento: Cirugía, ablación, embolización arterial, vigilancia activa, radioterapia, terapia dirigida, inmunoterapia y quimioterapia.



✓ American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2013. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2013.

CONCLUSIONES

- En el dolor crónico dorsolumbar debe saltar las alarmas de patología grave.
- Realizar una historia clínica y examen físico cuidadoso.
- Los tumores renales presentan un comportamiento metabólico variable con FDG (fluorodesoxiglucosa) por lo que el PET no es seguro para su tipificación.
- El tabaquismo es un factor de riesgo importante.
- Hallazgo incidental.

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN.

