

Caso 1

Mujer de 77 años que ingresa en Medicina Interna el 1-Febrero-2010.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Paciente sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos, con antecedentes de DM2, hipercolesterolemia, ITUs de repetición, síndrome ansioso-depresivo y artrosis. Colecistectomía hace años. En Junio-2009 acudió a urgencias por cólico renal derecho, con urocultivo negativo y ecografía con microlitiasis renales izquierdas. Fue valorada posteriormente por Urología, sin encontrar patología, y continúa seguimiento en sus consultas.

Tratamiento domiciliario: Gliquidona 30 mg (0-1/2-0), Fluvastatina 80 (0-0-1), Pantoprazol 20 (0-0-1), Sulodexina (1-0-0), Alprazolam 0,5 (0-0-1).

ENFERMEDAD ACTUAL:

Acude a urgencias por tercera vez en 2 meses, refiriendo dolor en vacío y región lumbar derecha, sordo y constante, que ha aumentado de intensidad en las últimas semanas. Presenta además disuria, tenesmo, orinas "turbias", y en alguna ocasión hematuria macroscópica en escasa cuantía (según la paciente al limpiarse tras ir al baño hay restos hemáticos). En la última semana ha presentado febrícula de forma aislada (máximo 37.5°C). Interrogando a la paciente, al parecer ha perdido 4 Kg en los últimos 2 meses, y presenta además anorexia y astenia. Niega cualquier otra sintomatología.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

TA 170/98. FC 85 lpm. Tª 36.7. Eupneica en reposo. Buen estado general, normocoloreada y normoperfundida. No se palpan adenopatías periféricas. Cabeza y cuello sin alteraciones. ACP: normal. Abdomen: blando, sin masas ni megalias, con ruidos normales. Doloroso a la palpación en hipogastrio, sin datos de irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral negativa. EEII: sin edemas ni signos de TVP. NRL: no focalidad.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Hemograma: Hb 13.3, Hcto 37.4%, VCM 82, leucocitos 8.910 (fórmula normal), plaq. 223.000.

Coagulación: fibrinógeno 828, resto normal.

Bioquímica: Glu 133, Urea 65, Creat 1.39, GGT 269, resto de parámetros normales.

PCR 2.24 mg/dl (0-0.5), VSG 57 mm/h

Orina: pH 8.5, leucocitos +++ (moderada piuria), sangre ++ (21-30 hematíes/campo).

Urocultivo: negativo. **Hemocultivos:** negativos (2/2)

Rx tórax: opacidad mal definida en lóbulo superior izquierdo (**imagen 1**).

Eco abdomen: discreta dilatación del sistema pielocalicial derecho, sin visualizarse la causa, con sospecha de microlitiasis en polo superior. Riñón izquierdo y resto de abdomen sin alteraciones. Vejiga no valorable (poco replecionada).

TC tóraco-abdominal: nódulos pulmonares múltiples, con mayor afectación de pulmón izquierdo. No adenopatías mediastínicas, ni lesiones focales hepato-esplénicas, ni masas suprarrenales. Hidronefrosis renal derecha, con captación de contraste en la pared del uréter proximal y lesión hipodensa mal delimitada a nivel del polo medio e inferior del riñón derecho. No se evidencian litiasis en el trayecto de uréter derecho. (**imagen 2 y 3**)

Urografía i.v.: reteraso y dilatación del sistema derecho, con engrosamiento de la pared hasta 1/3 medio. (**imagen 4**)

Eco-cardiograma TT: sin alteraciones.

Marcadores tumorales: CEA 1.7 (0-5), CA 19.9 70.8 (0-37), CA 15.3 31.1 (0-30).

EVOLUCIÓN INICIAL:

Se ingresó a la paciente con sospecha de ITU, y lesión pulmonar a estudio, iniciando tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxona. Durante los 3 primeros días presentó fiebre persistente, motivo por el que se modificó la antibioterapia a Piperacilina-tazobactan, quedando la paciente afebril. Ante los hallazgos en las pruebas de imagen, y aún sin diagnóstico definitivo, se traslada a la paciente a Urología.

Y EN PLANTA DE UROLOGÍA SE SOLICITAN ESTUDIOS, QUE SON DIAGNÓSTICOS...

Imagen 1.



Imagen 2.

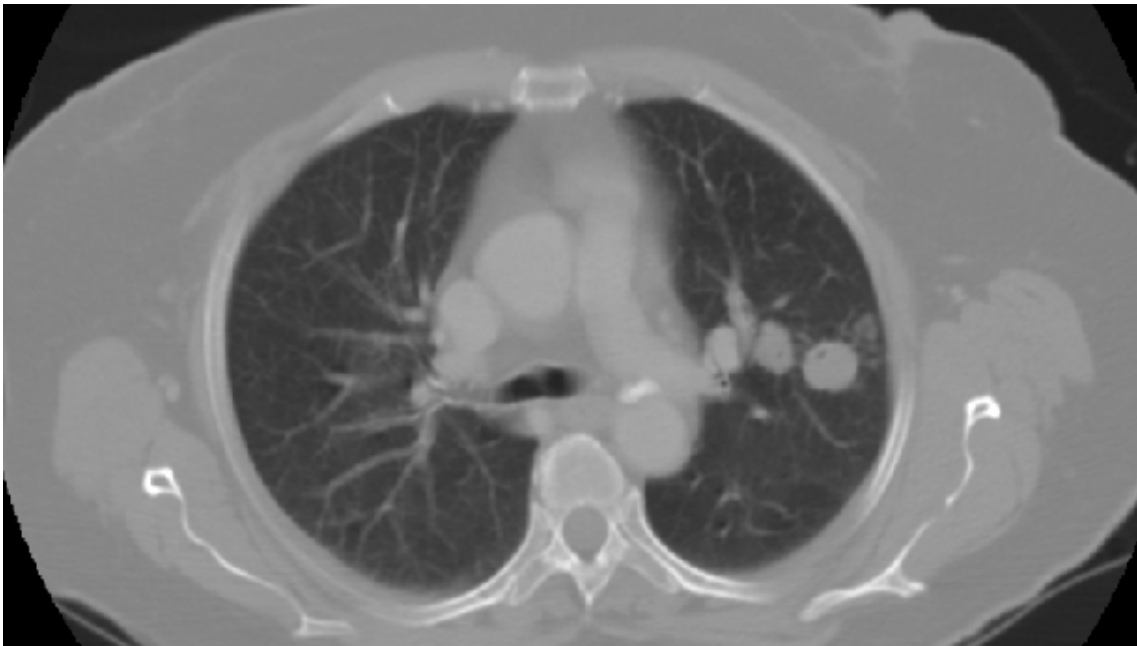


Imagen 3.



Imagen 4.

