

H.G.U.A. CASO CERRADO 18/12/2019
Varón de 78 a. con astenia y masa retroperitoneal.

MOTIVO DE CONSULTA: Lumbalgia y sintomatología constitucional.

ANTECEDENTES PERSONALES: No tratamiento habitual. No alergias. No hábitos tóxicos. Leucemia linfocítica crónica (estadio 0 de Rai) en seguimiento por Hematología desde los 76 años, no habiendo precisado tratamiento. No diabetes ni hipertensión ni dislipemias. No cardiopatía ni broncopatía ni hepatopatía ni nefropatía ni gastropatía. Jubilado, no deterioro cognitivo, independiente para las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, buen soporte familiar.

ENFERMEDAD ACTUAL: Desde 3 meses antes, dolor lumbar izquierdo, sordo y continuo, no irradiado y sin relación con los movimientos no con la ingesta, que se fue intensificando hasta impedir el descanso nocturno, acompañándose de sintomatología depresiva, por lo que 2 meses antes inició tratamiento con Mirtazapina. En el último mes, se añadieron astenia y anorexia progresivas, habiendo perdido en estos 2 meses 10 Kg de peso (75 --> 65 Kg). Refería sudoración nocturna y sensación distérmica, sin fiebre. No sintomatología respiratoria ni miccional ni gastrointestinal.

EXPLORACIÓN FÍSICA: TA 113/74 FC 78/mn Tª 36,0°C Peso 65 Kg Talla 1,65 m (IMC 24) Consciente y orientado, bien perfundido e hidratado, normocoloreado. No lesiones cutáneas. No bocio ni adenopatías periféricas palpables. AC: ruidos rítmicos, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado, no estertores. Abdomen doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, con empastamiento a ese nivel; puñopercusión renal no dolorosa; no visceromegalias; no soplos; peristaltismo normal. No varices ni edemas periféricos; pulsos periféricos normales.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

SANGRE: VSG 30 (N <20) PCR 3,4 mg/dl (N <0,5) Hb 16,6 Leucocitos 16.000 (N 6.410 L 8.260 M 1.010 Eo 260 B 60) Plaquetas 286.000 Glucosa 102 Urea 37 Creatinina 0,8 Na 140 K 4,6 BT 0,6 Ac.Úrico 4,2 P.T. 7,4 Colesterol 185 TGL 142 GOT 28 GPT 28 GGT 119 FA 186 (N <129) LDH 510 (N <225) Ca 10 Fe 88 Transferrina 218 (IST 32%) Ferritina 398 IgG 858 mg/dl IgA 147 mg/dl IgM 97 mg/dl B-2-microglobulina 3,2 mg/l Lipasa 26 U/l CEA 2,1 ng/ml CA-15.3 23 UI/ml CA-19.9 15 UI/ml PSA 0,8 ng/ml.

ORINA: sistemático y sedimento normales.

TAC TORACO-ABDOMINO-PELVICO post-CIV (se adjuntan imágenes más significativas): Gran masa sólida retroperitoneal, localizada alrededor de arteria renal izda. y que desplaza estómago sin invadir órganos vecinos, con necrosis en su interior. No se visualiza la glándula suprarrenal izquierda. No imágenes de nódulos pulmonares, ni de lesiones ocupantes de espacio en el hígado, ni imágenes de adenopatías mediastínicas, retroperitoneales ni pélvicas de tamaño significativo. Ventana ósea con cambios degenerativos, sin lesiones blásticas o líticas.

EVOLUCIÓN:

El dolor se controló con paracetamol + tramadol, se aumentó la mirtazapina y se añadió lorazepam y acetato de megestrol. El paciente se trasladó a otro Centro para realizar:

PET-TAC: se identificó la masa retroperitoneal y se informó como aspecto tumoral (SUV máx. 15,37), sin otros acúmulos patológicos.

Ecoendoscopia digestiva: se identificó la masa de unos 10 cm de diámetro, polilobulada y con áreas necróticas en su interior, que contactaba con cola de páncreas y tenía una elastografía mixta (9,73 SR); pequeño derrame pleural izquierdo; múltiples LOEs hepáticas de tamaño inferior a 1 cm. Se realizó PAAF a través de pared gástrica, obteniendo material hemático. La anatomía patológica informó "muestra no concluyente".

Se realizó una prueba diagnóstica.