Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1104

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1 - RIÑÓN A LA FUGA

M. Viñal González[a] y S. Rubio Gómez[b]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Zona Noroeste. Madrid. Zona Noroeste. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Interna. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 25 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Acude a consulta de AP por dolor en fosa renal derecha (FRD) e ilíaca derecha, disuria, polaquiuria, tenesmo y urgencia miccional de cinco días de evolución. Niega fiebre, síndrome constitucional, alteración del hábito gastrointestinal, náuseas o vómitos. La paciente refiere dispareunia de un año de evolución. En anamnesis dirigida comenta que el dolor en FRD aparece realizando ejercicio y manteniendo determinadas posturas (bipedestación, sedestación y decúbito supino prolongados). Aporta informes de múltiples pruebas complementarias realizadas en el ámbito privado (analíticas, sedimentos, urocultivos, radiografías torácicas y abdominales, ecografías renal, ginecológica y abdominal, ecodoppler renal y ginecológico, colangioresonancia, TAC abdominopélvico, colonoscopia, histeroscopia y urografía estática) en las que solo se objetiva hematuria, sin otras alteraciones reseñables. Ante la ausencia de un diagnóstico etiológico, la paciente acaba sometiéndose a una laparotomía exploradora, que muestra ovarios poliquísticos, apéndice engrosado y adenopatías inflamatorias.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable, afebril. Regular estado general con dolor muy intenso que le impide caminar erguida. El abdomen presenta ruidos hidroaéreos normales. Es blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa ilíaca derecha (FID) y puño percusión ligeramente positiva en fosa renal derecha (FRD). No se palpan masas ni megalias. No signos claros de irritación peritoneal. Resto de exploración normal. Desde el punto de vista analítico no se encuentran hallazgos significativos en hemograma y bioquímica. El sedimento de orina muestra hematíes 18-20/campo y leucocitos 20-25/campo. Se deriva de manera preferente a urología, donde realizan urografía dinámica. Informan la prueba como hallazgos sugestivos de ptosis renal.

Juicio clínico: Nefroptosis renal derecha.

Diagnóstico diferencial: Cólico renoureteral (CRU), infección del tracto urinario (ITU), pielonefritis de repetición, apendicitis aguda, síndrome de ovario poliquístico, enfermedad inflamatoria pélvica, neurosis.

Comentario final: El presente caso quiere hacer hincapié en la importancia de la sospecha clínica ante situaciones de complejo diagnóstico que escapan a nuestra práctica clínica habitual. Es tal el desconocimiento de esta patología que la paciente se sometió a múltiples pruebas complementarias

no exentas de riesgos (incluida una intervención quirúrgica mayor) que podrían haberse evitado si se hubiera sospechado. Por otra parte, se echa en falta una visión integral de la paciente que finalmente se consiguió cuando, una vez estudiadas todas las pruebas y el resto de posibilidades diagnósticas, es su médico de atención primaria la que le remite a urología con sospecha de nefroptosis. No se diagnostica lo que no se conoce.

BIBLIOGRAFÍA

1. Emmet, JL. Anomalías del tracto genitourinario. En Witten DM, Myers GH Jr, Utz DC, eds. Urografía Clínica, 4ª, ed. Salvat, S.A. Barcelona, 1982; vol. II: 548-70.

2. Llopart J. Riñón descendido (ptosis renal).En Hughes A, Schenone K, eds, Urología Práctica. Intermédica. Buenos Aines, 1971, 447-54.

3. Begoin R, Jeanbrau E, Proust R, Trixier L. Riñón movible. En Begoin R, Jeanbrau E, Proust R, Trixier L, eds, Tratado de Patología Quirúrgica. Pubul y Morales. Valencia, 1913; vol. IV: 106-10.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.