Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2843

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/2913 - CUIDADO CON EL CÓLICO RENOURETERAL, QUE PUEDE ACABAR MUY MAL

I. Lucas Tomás[a], A. Lorente Canoves[b], C. Pérez Tomás[a], M. Serra Labrador[c], J. Tenza Tenza[d] y T. Jiménez López[e]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Salud de Alcoy. Alicante. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cocentaina. Alicante. [d]Médico Adjunto del Servicio de Urología. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante. [e]Médico de Familia. Centro de Salud La Fábrica. Alcoy. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 76 años. Antecedentes: fibrilación auricular (acenocumarol-bisoprolol). Cólicos renoureterales (CRU) de repetición. julio 2016: pielonefritis aguda derecha por Proteus mirabilis, obstrucción ureteral por litiasis 8 mm unión pieloureteral (UPU). Mejoró con ceftriaxona, analgesia endovenosas y catéter doble J derecho. Revisión Urología, TAC-urográfico: catéter doble J derecho normo-funcionante sin hidronefrosis, litiasis 8 mm UPU derecha; litiasis 9 mm polo inferior riñón izquierdo sin repercusión vía urinaria. Dada persistencia litiasis derecha se remite para litotricia. Octubre, noviembre y diciembre, recibió consecutivamente 3 sesiones litotricia derecha, resolviéndose las litiasis, retirándose el catéter. Marzo, estando 7 días sin anticoagulación (enoxaparina), primera litotricia izquierda; 18 mayo segunda litotricia, ambas sin incidencias. 72 horas después de segunda litotricia acudió Atención primaria con dolor en fosa renal izquierda (FRI) irradiado hipocondrio-flanco izquierdos de 8 horas + náuseas, sin clínica miccional, ni fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado-general, palidez cutánea. Abdomen: blando, levemente doloroso en flanco izquierdo sin irritación peritoneal. Palpación dolorosa FRI sin lesiones cutáneas, puño-percusión renal izquierda ++/++++. Presión-arterial (PA): 133/79 mmHg. Frecuencia-cardíaca (FC): 99 lpm, dolor (EVA) = 8,5, Temperatura: 35,4 ºC. Tira orina: Densidad: 1.015, pH: 6. Leucocitos: negativo. Hematíes: ++++. Nitritos: negativos. Se interpreta como CRU izquierdo, administrándole sueroterapia + analgesia endovenosas, remitiendo dolor levemente, se remite a Urgencias hospitalarias. Urgencias: Radiografía abdomen: imagen compatible litiasis tercio medio uréter izquierdo. Analítica sanguínea: leucocitos: 14.555/ml, neutrófilos: 65%, hemoglobina: 12,2 g/dl, hematocrito: 40%, PCR: 0,2 mg/dl, creatinina: 0,82 mg/dl, urea: 38 mg/dl. Orina: leucocitos: 3-5/campo, hematíes: 50-70/campo, resto normal. Buena estabilidad hemodinámica, pero persistencia del dolor, ingreso en Urología para control dolor. Visita Urología: buen control dolor + estabilidad hemodinámica. 2 horas después avisan por palidez cutánea, sudoración, malestar general. Constantes: PA = 62/45 mmHg, FC = 145 lpm, SaO2 = 93%. Ante inestabilidad hemodinámica, sospechándose shock probable origen hemorrágico por litotricia reciente analítica urgente: Hb = 5 g/dl, Hematocrito = 37%, INR = 4; Ecografía abdominal: hematoma celda renal izquierda con sangrado en gotiera izquierda y pelvis menor; TAC abdomino-pélvico: gran hematoma retroperitoneal izquierdo de 23 × 12 × 14 cm cápsula renal con sangrado activo ramas arteria renal

izquierda. Arteriografía renal: riñón comprimido por hematoma, múltiples focos sangrado activo, sin otra alternativa que embolizar todo el riñón izquierdo. Pasadas 9 horas presentó un resangrado, falleciendo.

Juicio clínico: CRU izquierdo complicado, con hematoma renal por sangrado activo con antecedente litotricia reciente, por probable error en anticoagulación.

Diagnóstico diferencial: Dolor fosa renal descartar: cólico nefrítico, dolor osteomuscular, pielonefritis, hematoma-infarto renal, aneurisma disecante de aorta...

Comentario final: Importante realizar correcto diagnóstico diferencial ante dolor en fosa renal, y no dejarnos llevar por que se tratará de otro cólico renal, ya que en ocasiones pueden ser patologías más graves, con consecuencias nefastas.

Bibliografía

1. Bader P, Echtle D, Fonteyne V, et al. Guía clínica sobre el tratamiento del dolor. European Association of Urology. 2010.
2. Türk C, Knoll T, Petrik A, et al. Guía clínica sobre la urolitiasis. European Association of Urology. 2010.
3. Díez Sicília L, Domínguez Esteban M. Patología urológica más frecuente. En: Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, et al, eds. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid: MSD; 2012. p. 149-62.

Palabras clave: Cólico renoureteral. Litotricia extracorpórea. Sangrado renal.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.