Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2847

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 242/3043 - MIS RIÑONES SIEMPRE HAN FUNCIONADO PERFECTAMENTE

*E. García Cillero[a], I. Parada Morollón[b] y E. Pérez Martín[c]*

*[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Realejos. Tenerife. Santa Cruz de Tenerife. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Los Realejos. Tenerife. Santa Cruz de Tenerife. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Realejos. Tenerife. Santa Cruz de Tenerife.*

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 66 años, que acude a urgencias hospitalarias por dolor abdominal suprapúbico, opresivo y continuo, de una semana de evolución. No trastornos gastrointestinales ni clínica miccional. No fiebre ni sensación distérmica. Sin episodios de exteriorización hemática. Antecedentes personales: HTA, DLP, asma, depresión, cáncer de cérvix hace 22 años (histerectomía, doble anexectomía y radioterapia), incontinencia urinaria mixta, con predominio de urgencia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Estable hemodinámicamente, afebril. Deshidratación mucocutánea. Postura antiálgica. ACP: RsCsRs sin soplos. MV conservado sin ruidos sobreañadidos.ABD: blando, depresible, no masas ni megalias. Dolor a la palpación a nivel suprapúbico irradiado afosas renales. Sin signos de peritonismo. Ruidos intestinales presentes. PPRB negativa. Incontinencia urinaria incoercible. Analítica: Hb: 9,9 g/dl, Cr: 4,1 mg/dL (previa hace dos meses: 1,40 mg/dL), K: 6 mEq/L. Neutrofilia y linfocitosis sin leucocitosis. PCR > 90. FENa > 1%. Sedimento urinario: sin datos de infección. Ecografía: grave dilatación urétero-pielocalicial bilateral que se extiende hasta uréter distal. Citoscopia: vejiga escasamente distensible, mucosa vesical inflamatoria con signos de cistitis actínica. TAC sin contraste: hidronefrosis bilateral.

**Juicio clínico:** Probable fibrosis retroperitoneal post-radioterapia, dilatación uretero-pielocalicial bilateral e insuficiencia renal aguda secundaria. Cistitis actínica.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia renal aguda: prerenal, intraparenquimatosa o posrenal (origen litiásico, por coágulo, neoplasia, fibrosis retroperitoneal, estenosis uretral, vejiga neurógena, farmacológica...).

**Comentario final:** Desde Atención Primaria es fundamental saber abordar un problema tan frecuente como el dolor abdominal, un síntoma inespecífico relacionado con multitud de procesos. En este caso, queda patente la importancia de realizar una historia clínica, anamnesis y exploración adecuadas, que tenga en cuenta antecedentes tan relevantes como haber recibido radioterapia, hecho que nos obliga a descartar complicaciones secundarias a la misma. Actualmente la paciente porta dos catéteres doble J y está pendiente de cirugía con toma de biopsia.

**Bibliografía**

1. Suárez Abelenda S, Naya Cendón Ch. Guía clínica de Insuficiencia renal aguda Fisterra.
2. Tenorio MT, Galeano C, Rodríguez N, Liaño F. Diagnóstico diferencial de la insuficiencia renal aguda. NefroPlus. 2010;3(2):16-32.
3. Camacho JF, Helú JC, Valenzuela A, Hidalgo JF. Fibrosis retroperitoneal: presentación de un caso y revisión del tema. Medwave. 2013;13(8):e5795.

**Palabras clave:** Insuficiencia renal aguda. Fibrosis retroperitoneal. Complicaciones de la radioterapia.

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