



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/123 - AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y DOLOR ABDOMINAL EN EL CONTEXTO DE UN INFARTO RENAL SECUNDARIO A DÉFICIT DE PROTEÍNA S

A. Bermúdez Smith¹, I. Bengoa Urrengoechea², S. García Moreno³, J. Santaolalla Felices³

¹Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitaria. Centro de Salud de Alberite. La Rioja, ²Médico de Emergencias Sanitarias. 061. La Rioja, ³Médico de Emergencias Sanitarias. 061. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años sin antecedentes personales de interés, inicialmente colaborador, orientado y en compañía de un familiar. Al cabo de una hora en la sala de espera de centro de atención primaria, el paciente entra a la consulta, desorientado y con discurso incoherente. Resulta imposible la anamnesis que oriente al motivo de la consulta, su acompañante nos refiere que acude por dolor lumbar izquierdo de 1 semana de evolución, hoy vómitos y deposiciones líquidas. Niega consumo de sustancias. Antecedentes médicos de perforación septal de probable etiología traumática, abandono tabáquico hace 2 meses. Tensión arterial: 170/100, Frecuencia cardíaca: 80 por minuto, Temperatura: 35 °C, Glucemia capilar: 160 mg/dl. Consciente, agitado, pupilas midriáticas. No déficit motor, cardiopulmonar anodino. Dolor en hemiabdomen izquierdo a la palpación profunda. Se intenta contención verbal, sin éxito; se administra inicialmente diazepam 10 mg intramuscular (IM) hasta la obtención de vía periférica. En vista de empeoramiento clínico, se pauta por vía Intravenosa (IV) midazolam 15 mg, ketorolaco 30 mg, haloperidol 10 mg en dos dosis separados por intervalos de 15 minutos. Se realiza traslado a centro hospitalario de referencia en ambulancia de soporte vital avanzado. Debido a la persistencia de la sintomatología, se administra clorpromazina 50 mg IM, oxigenoterapia y contención mecánica en 5 puntos, con mejoría parcial que permite la realización de electrocardiograma, el cual era normal. Se procede al traslado con monitorización de constantes y valoración del estado neurológico. A su llegada al servicio de Urgencias Hospitalarias sufre empeoramiento, quejoso, sin focalidades, Glasgow 11 (4-2-5).

Exploración y pruebas complementarias: Leucocitosis de 28.500, neutrófilos 23.900, procalcitonina 0,63 ng/ml, glucosa 203 mg/dl, creatinina 1,29 mg/dl, benzodiacepinas +, resto negativo, pH: 7,5, lactato: 27 mg/dl. BodyTAC: infartos renales izquierdos múltiples con mayor compromiso del polo renal superior.

Juicio clínico: Infartos múltiples en riñón izquierdo secundario a estado de hipercoagulabilidad asociado a un déficit de proteína S y aumento de Factor VIII.

Diagnóstico diferencial: Cólico renal, agitación psicomotriz sugestivo de ingesta de psicoestimulantes.

Comentario final: Paciente difícil ya que la agitación psicomotriz era tan intensa que se hacía pensar en que la probable etiología era por consumo de sustancias.

Bibliografía

Chinchilla Moreno A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. Manual de Urgencias Psiquiátricas Barcelona: Elsevier Masson; 2010.

Rodrigo E, Heras M, Zalduendo B, Arias M. Insuficiencia renal aguda, manifestaciones clínicas, evolución natural, manejo terapéutico. Medicine. 2007;57(67).