



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

387/185 - MANEJO DEL CÓLICO NEFRÍTICO

M. Tobalina Segura¹, A. del Rey Rozas², I. Rivera Panizo³, A. Ruiz Urrutia⁴, C. San José Fresco⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años. AP: fumador de 50 paq-año. No FRCV. Espina bífida. Estenosis de canal raquídeo sin compresión radicular. Ca vesical en que precisó 2 RTU (2008). Nefrolitiasis izquierda con hidronefrosis, realizándose litotricia (2016). IQ: fistula sacra. Tratamiento habitual: Lyrica, Nolotil, Noctamid. Acude al Centro de Salud con de dolor en fossa renal izquierda, con vómitos, de media hora de evolución que no ha cedido tras antiinflamatorios.

Exploración y pruebas complementarias: Afectado por dolor. TA: 114/80; FC: 75 lpm; EVA: 10. Afebril. Exploración: PPR Izq positiva. Se administra en el centro sueroterapia con analgesia (nolotil + buscapina + primperam + enantyum) con mejoría significativa de la clínica (EVA: 2). Se pauta tratamiento domiciliario con antiinflamatorios y nolotil. Al día siguiente el paciente acude al servicio de urgencias hospitalarias por presentar dolor intenso a pesar de analgesia pautada, requiriendo nuevamente tratamiento endovenoso.

Juicio clínico: Cólico renal izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia. Pielonefritis. Diverticulitis. Procesos vasculares como embolismo renal o aneurisma aórtico.

Comentario final: El cólico nefrítico es la causa más frecuente de asistencia urgente dentro de las causas a nivel urológico. En el 90% de los casos la causa es la litiasis renoureteral. Cursa típicamente con dolor intenso tipo cólico a nivel de fossa renal, que irradia a región inguinal, con afectación del estado general y síntomas vegetativos muy floridos. El dolor por lo general suele aparecer durante la noche o en las primeras horas de la mañana. El diagnóstico es principalmente clínico junto con la exploración física. Se recomienda realizar tira de orina y analítica para vigilar parámetros de infección y la función renal. Con respecto a las pruebas de imagen, en la radiografía de abdomen podrían visualizarse las litiasis de calcio y la ecografía es útil para valorar el tamaño renal y la presencia de cálculos. El cuadro puede evolucionar a la expulsión y resolución de la clínica (litiasis 1 cm). El tratamiento médico se basa en analgesia y tratamiento expulsivo: analgésicos no opiáceos (AINEs, nolotil, paracetamol), analgésicos opiáceos (tramadol, petidina).

Antieméticos. El uso de espasmolíticos es controvertido ya que el dolor se produce por distensión de la cápsula renal por la obstrucción. En caso de visualización del cálculo, se recomienda añadir antagonista alfa 1 (tamsulosina) al menos durante 1 mes. Entre las opciones quirúrgicas encontramos la litotricia extracorpórea, litotomía endoscópica, ureteroscopia o nefrolitotomía percutánea. Las complicaciones

derivadas del cólico renal son la obstrucción de la vía urinaria que puede llegar a provocar hidronefrosis renal del lado afecto con alteración de la función renal, y por otro lado infecciones como pielonefritis, cistitis o sepsis de origen urinario. En el caso de la sepsis urinaria, la desobstrucción de la vía se debe realizar de manera urgente (colocación de nefrostomía).

Bibliografía

Vázquez MJ, et al. Guía de actuación en urgencias, 4^a ed. 2012.

Valero Lance MP, et al. Guía de Actuación Clínica en A.P. Litiasis renal. Cólico nefrítico.