Semergen. 2019;45(Espec Congr 17):6

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

469/8 - APOCALYPSE KIDNEY

M. Artero Carrillo[1], E. Quiroz Flores[2], F. Balduvino Gallo[2], E. Escalona Canal[3], N. Gallo Salazar[2], F. Espinoza Cuba[4], A. Belzunegui[4], O. Casapciuc[1]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria.[2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotolino. Castro Urdiales. Cantabria.[3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Laredo. Cantabria.[4]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Acudió a consulta un paciente de 63 años, refería dolor abdominal difuso de una semana de evolución, que desde la tarde del día anterior se había acentuado, focalizándose a nivel de fosa renal izquierda irradiándose hacia fosa iliaca izquierda. Como antecedente refirió episodio de cólico renal hace 4 años. No medicación habitual. Intervenido quirúrgicamente por fractura de pelvis y prótesis total de cadera derecha. No hábitos tóxicos. En aquel momento, el paciente presentaba buen estado general, afebril y en la exploración destacaba un abdomen ligeramente globuloso con dolor leve a la palpación profunda de fosa iliaca izquierda y dudosa puñopercusión renal izquierda positiva. Tira reactiva de orina sin alteraciones. Sospechamos cólico renal y le prescribimos dexketoprofeno, butilbromuro de hioscina y omeprazol. Cuatro días después empeoró y acudió a Urgencias por no poder controlar el dolor con el tratamiento pautado. En Urgencias, el paciente se mostraba sudoroso, afectado por el dolor. Se realizó una analítica sanguínea, de orina y radiografías de tórax y abdomen.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica sanguínea normal salvo leucocitosis (16,7) con neutrofilia (14,9) y PCR de 2,2 mg/dl. Analítica de orina sin alteraciones. Radiografías de tórax y abdomen sin alteraciones. Se decidió realizar TC abdominopélvico sin contraste que mostraba litiasis en transición uréter proximal-medio con probable foco de rotura de la vía (líquido libre en celda pararrenal anterior, perirrenal y pararrenal posterior que no alcanzaba pelvis menor) e hidronefrosis grado I/IV.

Juicio clínico: Litiasis ureteral izquierda con extravasación retroperitoneal.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda, oclusión intestinal, diverticulitis, pancreatitis aguda, disección o rotura de aneurisma de aorta abdominal, etc.

Comentario final: El paciente ingresó a cargo del servicio de urología, donde se le realizó cateterismo ureteral izquierdo con buena evolución, al alta con tratamiento antibiótico. Mes y medio más tarde se retiró el catéter doble J y se realizó un nuevo TC que mostró un quiste mesorrenal izquierdo de 4 cm, ausencia de litiasis a nivel ureteral y ausencia de dilatación de la vía excretora.

Bibliografía

Türk C, et al. EAU Guidelines on Urolithiasis. Guidelines. European Association of Urology, 2016.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.