



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/145 - Doctor, me duele el lado derecho y me sube la tensión

C.A. Hernández García^a, G.O. Restrepo Castaño^a, F. Martín Codesal^b, E. San Ginés Bahillo^c, J.L. Marroquín Morales^d, A. Boned Ombuena^a y G. Cueto González^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salvador Allende. Hospital La Fe. Valencia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salvador Allende. Valencia. ^cMédico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Economista Gay. Hospital La Fe. Valencia. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Economista Gay-Tendetes. Departamento Valencia-La Fe. Valencia. ^eMédico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Albacete. Zona II. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 70 años, Acude a urgencias derivado por su médico de cabecera por presentar dolor en hemiabdomen derecho que irradia a región dorsal, con náuseas sin vómitos, Un día de evolución. No otras quejas. Se administra metamizol y ketorolaco sin mejoría. Antecedentes de interés: no alergias. Hipertensión diagnosticada una semana antes tratada con olmesartán. Hipertrofia prostática benigna.

Exploración y pruebas complementarias: TA 170/95 mmHg. FC 98 lpm. SatO₂ 98%. Temperatura 35,6 °C. Regular estado general. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho, Blumberg positivo. No masas ni megalias. Miembros inferiores sin edemas. Pruebas complementarias: analítica inicial. Hematíes $4,86 \times 10^6/\mu\text{L}$. Hemoglobina 15,0 g/dL. Hematocrito 43,7%. Leucocitos $14,16 \times 10^3/\mu\text{L}$. Neutrófilos 86,3%. Linfocitos 9,2%. Plaquetas $246 \times 10^3/\mu\text{L}$. Control a las 6 horas: AST/GOT 19 U/L. ALT/GPT 26 U/L. Amilasa 26 U/L. Proteína C reactiva 8,1 mg/L. Analítica a las 10 horas: hematíes $4,50 \times 10^6/\mu\text{L}$. Hemoglobina 13,1 g/dL. Hematocrito 39,0%. Leucocitos $12,68 \times 10^3/\mu\text{L}$. neutrófilos 91,9%. Linfocitos 4,5%. Plaquetas $223 \times 10^3/\mu\text{L}$. RX tórax: consolidación en lóbulo inferior derecho. Orina: densidad 1.020 g/L pH 5,0. Proteínas: indicios hematíes 150/ μL Sedimento hematíes 40-60/C. TAC abdómino-pélvico: Colección de 12 cm en riñón derecho, secundaria al sangrado activo de un probable angiomiolipoma renal. Embolización arterial renal: desplazamiento del riñón derecho por hematoma, Punto de sangrado activo en ramas del polo superior renal. La manipulación del cateterismo arterial conlleva a la trombosis/espasmo de ramas polares superiores. El control angiográfico revela ausencia de sangrado activo, hipovascularización relativa del polo superior, respecto al resto del parénquima renal, Finalizado el procedimiento. Ante estabilidad hemodinámica se traslada a urgencias.

Juicio clínico: Hematoma renal.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda, colecistitis, hematoma renal, cólico renal.

Comentario final: Los angiomiolipomas renales (AML) son tumores generalmente benignos formados por tejido graso maduro, vasos sanguíneos aberrantes y células musculares lisas. Afecta principalmente mujeres. Su edad media al diagnóstico es 30 años en pacientes con esclerosis tuberosa y 50 años para el resto. Síntomas clásicos como dolor en flanco, masa palpable y hematuria son infrecuentes. El 50% se descubren

incidentalmente. El 68-80% tienen síntomas si superan los 4 cm, y pueden ser: fiebre, dolor abdominal, hematuria e hipertensión arterial. Cada vez se diagnostican más, en pruebas de imagen incidentalmente, pero la ruptura espontánea sigue siendo una presentación frecuente y letal. El tratamiento era quirúrgico hasta que Moorhead et al en 1977 describieron el primer episodio de embolización arterial selectiva (EAS).

BIBLIOGRAFÍA

1. Chlancone F, Mirone V, Imbimbo C, Pucci L, Meccariello C, Fedelini M, Fedelini P. Emergency embolization of actively bleeding small renal angiomyolipoma with a fast growth in four months. *Urología*. 2015.
2. Hou W, Xiao H, Liu G, Ji Z. Angiomyolipoma being surgically excised for presumed kidney carcinoma. *Int Urol Nephrol*. 2015.