



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1211 - Dolor abdominal inespecífico, ¿en qué debemos pensar?

I. Quirós Cassillas^a, G. Luque Pérez^b, A. Rodríguez Serrano^c y M.R. Martos Castello^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doña Mercedes. Dos Hermanas. Sevilla. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaira. Sevilla. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Nieves. Los Palacios y Villafranca. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 67 años, con HTA en tratamiento con atenolol y nifedipino, que acude a Urgencias por dolor abdominal focalizado en flanco izquierdo con irradiación hacia fosa renal ipsilateral de 8h de evolución y de inicio súbito. Vómitos de contenido alimentario en 4-5 ocasiones, no diarrea, no clínica miccional ni fiebre. Niega traumatismos. Se pauta analgesia y antieméticos y ante la no mejoría del cuadro se decide derivar a Hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Tensión arterial: 148/89. Auscultación: tonos que impresionan rítmicos a 100, no soplos. Buen murmullo vesicular sin ruidos. Abdomen globuloso, blando y depresible, doloroso de forma selectiva en flanco izquierdo sin signos de peritonismo. Puño-percusión renal izquierda positiva. Hemograma, coagulación y sedimento de orina normal. Bioquímica: creatinina 1,52 mg/dl (previamente normal), Urea 48 mg/dl, LDH 2280 U/L y PCR 6,5 mg/dl. Radiografía abdomen: dilatación de asas de intestino delgado con heces en ciego y gas distal. En ecografía abdominal se descarta patología obstructiva de vías urinarias por lo que se solicita TAC abdominal que identifica en arteria renal izquierda defectos significativos de repleción compatibles con trombos junto con hipocaptación de prácticamente la totalidad del riñón izquierdo.

Juicio clínico: Trombosis de arteria renal izquierda con infarto masivo riñón izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Habría que descartar litiasis renal/ureteral, tumor renal o compresión extrínseca del uréter. Menos probable sería infección del tracto urinario o pielonefritis. Si hubiera antecedente de traumatismo pensar en laceración, hematoma o incluso rotura renal. También habría que descartar causas digestivas como diverticulitis aguda o enfermedad inflamatoria intestinal.

Comentario final: La embolia de la arteria renal constituye urgencia urológica vascular no traumática poco frecuente. Suele presentarse en personas con cardiopatías embolígenas, fundamentalmente fibrilación auricular (FA). La mayoría de los casos son asintomáticos; cuando existen síntomas lo más habitual es dolor lumbar repentino, intenso y rebelde a la analgesia, compartiendo clínica con gran cantidad de patologías urológicas, o digestivas, de ahí su frecuente diagnóstico tardío, lo que ensombrece aún más su pronóstico. En el caso de nuestro paciente se confirmó una FA de cronología incierta y se ingresó para completar estudio y continuar con vigilancia de función renal y cifras tensionales, decidiendo por parte de Urología y Cirugía Vascular tratamiento conservador con anticoagulación y control del dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Korzets Z, Plotkin E, Bernheim J, et al. The clinical spectrum of acute renal infarction. *Isr Med Assoc.* 2002;4(10):781-4.
2. Decoste R, Himmelman J.G., Grantmyre J. Acute renal infarct without apparent cause: A case report and review of the literature. *Can Urol Assoc J.* 2015;9(3-4): E237-9.