Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1131

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2232 - ¿Lumbalgia o cólico renal?

G.B. Salguero Abrego[a], L. Araujo Márquez[b], M.J. Gamero Samino[c], M. Martín Chamorro[a] y M.I. Rodríguez García[a]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.[c]Médico de Familia. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 47 años con antecedentes de HTA manejado con enalapril de 20 mg cada 24 horas, fumador de 19 cigarros al día. Consulta a urgencias por dolor en flanco izquierdo tipo cólico no irradiado de 4 horas de evolución de leve intensidad sin otra sintomatología. Se le trató con perfalgan IV mejorando la sintomatología. Se le diagnostica como probable cólico nefrítico izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: TA 150/110, FC 80, SatO2 basal 98%, Tª 36,5 ^{o}C. Buen estado general, consciente, orientado en tiempo lugar y persona. El abdomen es globuloso, blando y depresible, con peristaltismo presente y normal, dolor a la palpación de flanco izquierdo con puño percusión renal positiva, no se observan signos de irritación peritoneal, los pulsos de femorales son presentes y normales. Se realiza una analítica de sangre, cuyo parámetros son los siguientes: Hb 14,8, Ht 40, leucocitos 11.000, N% 80, plaquetas 350.000, coagulación normal, glucosa 114, Cr 0,8, urea 40, TFG > 60, urato 5,6, LDH 2.680, GOT 20, GPT 16, GGT 25, FA 50. La analítica de orina es normal. Rx de abdomen: normal. Ante los niveles altos de LDH se le solicita TAC de abdomen con hallazgos de estenosis de la rama segmentarla del riñón izquierdo compatible con infarto renal izquierdo.

Juicio clínico: Infarto renal izquierdo. Se les comenta el caso a los nefrólogos y le realizan fibrinolisis r-TPA, siendo efectiva con TAC de control normal y normalización de la analítica.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diagnóstico diferencial: Cólico renal. Lumbalgia. Diverticulitis. Aneurisma aorta. Apendicitis. Pielonefritis.

Comentario final: El infarto renal continúa siendo un diagnóstico de difícil reconocimiento a pesar del reciente desarrollo de nuevas técnicas radiológicas. Este tipo de afección tiene una presentación clínica inespecífica, lo que dificulta su identificación. El infarto renal consiste en la necrosis de las células renales como consecuencia de la falta de aporte de oxígeno y nutrientes por parte de las arterias renales y sus ramas. Es una causa poco frecuente de dolor abdominal y está infradiagnosticado como causa de insuficiencia renal. Aunque puede presentarse de modo asintomático, lo común es que lo haga con una semiología inespecífica que simule otros procesos como lumbalgia, cólico renal, pielonefritis. Para evitar confundirlo con estas patologías es importante que se piense si el paciente tiene factores de riesgo cardiovascular como ocurre en este caso. Es frecuente que el infarto renal se presente como un fracaso renal agudo o HTA. La triada clásica que debe hacer pensar en infarto renal es: riesgo elevado de eventos tromboembólicos, dolor persistente en flanco, abdominal o lumbar con niveles sérico elevados de LDH y/o hematuria en las primera 24 h de instauración del dolor. Aún así ninguno de los hallazgos es específico de infarto renal y para su diagnóstico se requiere alta sospecha clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arias Rodríguez M. Nefrología Clínica. 4ª edición.

2. Harrison. Principios de medicina interna. 18ª edición.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.