



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/573 - Dolor en flanco. No te olvides del infarto

N. Gambí Pisonero<sup>a</sup>, C.J. Aubert<sup>b</sup>, Á.M. López Llerena<sup>a</sup>, M.P. Ortega Mercader<sup>c</sup>, R.E. Abildúa Trueba<sup>d</sup>, N. Más Lodo<sup>d</sup> y C. Ciria de Pablo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Consultorio Hoyo Manzanares. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Adjunto Urgencias Hospital el Escorial. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 74 años con HTA, dislipemia, FA paroxística, en tratamiento, valorada en CS por dolor abdominal, en flanco izquierdo, de 6-7 horas de evolución, náuseas y un vómito. Le fue suspendido el anticoagulante 3 días antes, para la realización de una gastroscopia, y niega haber sustituido dicho tratamiento por Clexane.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes normales. Abd: dolor abdominal en vacío/flanco izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. PPRB negativa bilateral. Sedimento de orina, Rx abdomen, hemograma y coagulación normales. La bioquímica muestra LDH 237 UI/L, 1,51 mg/dl. Angio-TAC de aorta abdominal con CIV: trombo en la bifurcación distal de la arteria renal izquierda que ocluye la rama de la valva anterior.

**Juicio clínico:** Infarto renal agudo con trombosis de la bifurcación arteria renal izquierda.

**Diagnóstico diferencial:** Debe descartarse abdomen quirúrgico. Se sospechará CRU e ITU complicada. Otros diagnósticos a tener en cuenta son IAM, colecistitis aguda, necrosis tubular aguda, TEP, isquemia intestinal y pancreatitis.

**Comentario final:** El infarto renal es una causa poco frecuente de dolor abdominal, con una incidencia de 1,4%. Su frecuencia real se desconoce, ya que por lo general no se sospecha y se llega a su diagnóstico por exclusión, demorándose el diagnóstico precoz. Tiene una presentación clínica variable, la más frecuente es un dolor profundo y repentino en flanco o fosa renal. Su etiología más frecuente es la embolia seguida de trombosis. Su mortalidad puede alcanzar el 25%. La fibrinolisis está indicada en las primeras 3 horas. Cuando se retrasa el diagnóstico, la anticoagulación con heparina intravenosa a dosis de 70-80 U/Kg, ha demostrado ser tan eficaz como la trombolisis intrarterial selectiva y actualmente mejor que la revascularización quirúrgica en términos de morbimortalidad y conservación de la función renal.

### Bibliografía

1. Santamaría Marín A, et al. Rev. Un paciente con... infarto renal agudo. Clin Med Fam. 2013;6:58-60.
2. Sastre A, Álvarez-Navascués R, et al. Infarto renal. Nefrología. 2007;27(4).
3. López Cuenca S, González Tejedor D. El infarto renal. Semergen. 2006;32:90-2.
4. Granados Sánchez AM, et al. Infarto renal agudo. JANO. 2005;LXIX(1571).

*Palabras clave:* Infarto renal. Dolor abdominal agudo.