



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

## 212/967 - ¡Doctor, el dolor no me deja dormir!

E. Sánchez Fernández<sup>a</sup>, M.N. Cano Torrente<sup>a</sup>, T. Parra Alonso<sup>a</sup>, J.A. Martínez Solano<sup>a</sup>, D. Martí Hita<sup>b</sup>, A. González Cárdenas<sup>c</sup>, L. Nieto Perea<sup>a</sup>, R. Román Martínez<sup>d</sup>, S.E. Medellín Pérez<sup>a</sup> e I.B. Miranda Núñez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Lorca-Sur. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina de Familia. Hospital de Lorca. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Águilas-Sur. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 70 años hipertensa, diabética, dislipémica, con antecedentes de tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda, diagnosticada de enfermedad renal estadio III. Tratamiento: sintrom, furosemida 10 mg, insulina rápida, Insulina lenta y linagliptina oral 5 mg. Acude a nuestra consulta porque refiere dolor en fosa renal izquierda que le despierta de madrugada, de tipo punzante, que no se modifica con el movimiento. Niega traumatismo previo. Niega disuria. No vómitos ni diarrea. Afebril. No refiere otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Consciente y orientada. Normocoloreada y normohidratada. T<sup>o</sup> 37,3º C. PA 100/60 mmHg. Pulso 85 lpm. Auscultación cardíaca: Rítmico, sin soplos audibles. Auscultación pulmonar: buen murmullo vesicular sin sobreagregados. Exploración abdominal: blando y depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. Blumberg y Murphy negativos. Puñopercusión renal positiva en flanco izquierdo y negativa en derecho. No auscultación de soplos abdominales. Se deriva a Urgencias donde se realiza analítica sanguínea con creatinina 4,5 mg/dL (basal 1,5 mg/dL), hemoglobina 6,5 mg/dL (basal 11,5 mg/dL), PCR 187. Analítica de orina con leucocitos +++ y piuria, hematuria negativa. El dolor no cede pese a la analgesia pautada. Se transfunden dos concentrados de hematíes y se realiza radiografía abdominal y TAC abdominal donde se objetiva hematoma perirrenal subcapsular en riñón izquierdo y se procede a su drenaje.

**Juicio clínico:** Hematoma perirrenal izquierdo.

**Diagnóstico diferencial:** Litiasis urinaria, absceso, pielonefritis, embolia/trombosis renal, estenosis ureteral, diverticulitis, quiste ovárico, endometriosis, anexitis, aneurisma aórtico, isquemia mesentérica, lumbalgia.

**Comentario final:** Clínica compatible con un cólico renal o pielonefritis, sin embargo los niveles bajos de hemoglobina así como la instauración brusca del dolor y deterioro de función renal hacen sospechar que hay algo más. Cuadro poco probable, menos aún sin la existencia de traumatismo previo, difícil de sospechar en atención primaria, que suele aparecer en personas mayores, anticoaguladas y que si no se interviene rápido puede tener un fatal desenlace.

### Bibliografía

1. Majeesh NJ, Matzkin H. Spontaneous subcapsular renal hematoma secondary to anticoagulant therapy. *J Urol.* 2014;165:1201.
2. González C, Penado S, Llata L, Valero C, Riancho JA. The clinical spectrum of retroperitoneal hematoma in anticoagulated patients. *Medicine.* 2015;82:257-62.

*Palabras clave:* *Hematoma. Renal. Dolor. Hemoglobina. Anticoagulantes.*