Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):49

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2136 - Dolor en fosa lumbar asociado a insuficiencia renal aguda

À. Casaldàliga Solà[a], M. Pla Berdier[a], R.A. Hernández Ríos[b], J.J. Santos García[b], L. Pont Serra[b], L. Valls Cassi[c], M. Ascorbe García[a], N.V. Bazante Almeida[a], M. Català Magre[d] e I. Comerma Coma[e]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manresa 4. Manresa. [b]Médico Residente. EAP Plaça Catalunya-Manresa 2. Manresa. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [d]Médico de Familia. EAP Sagrada Família. Manresa. [e]Nefrólogo. Althaia Xarxa Assistencial de Manresa. Manresa.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años con antecedentes de sordera y estenosis mitral congénitas. Consulta por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho posprandial, de 3-4 semanas de evolución, acompañado de diarrea y náuseas. Motivó una disminución de la ingesta de líquidos y sólidos. Se pautó tratamiento sintomático sin mejoría. Posteriormente se añadió dolor en fosa lumbar izquierda derivándose a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, frecuencia cardíaca 68, tensión arterial 110/80, SatO2 98%. Deshidratación, mucosa oral seca. AR: MVC. AC: rítmico, soplo sistólico mitral. Abdomen blando, peristaltismo conservado, dolor fosa lumbar izquierda. No edemas. Analítica: insuficiencia renal aguda (creatinina 1,29 mg/dL, filtrado glomerular estimado CKD-epi 45 mL/min), 11.600 leucocitos, GOT 40 U/L, GGT 50 U/L, LDH 620 U/L, PCR 42 mg/L. Ionograma, bilirrubina, GPT, fosfatasa alcalina y amilasa normales. Analítica 4 días antes: creatinina 0,94 mg/dL. ECG: ritmo sinusal 70 lpm. Sedimento orina 25-50 leucocitos/campo. Urocultivo negativo. Bioquímica orina: proteína/creatinina 1.740 mg/g, sodio 18 mmol/L, potasio 141 mmol/L, cloro 18 mmol/L. Fracción excreción sodio 0,1%. Equilibrio venoso: pH 7,46, PCO2 21, HCO3 15. Anión Gap 13. Radiografía tórax y abdomen sin alteraciones. Ecografía abdominal: colelitiasis sin signos inflamatorios agudos. TAC abdominal: defectos de captación parcial en bazo y riñón izquierdo. Ecocardiograma: fracción eyección conservada, estenosis mitral grave, dilatación aurícula izquierda.

Juicio clínico: Se orientó como infarto renal izquierdo e infarto esplénico secundario a cardiopatía embolígena a causa de estenosis mitral. Insuficiencia renal prerenal revertida con hidratación. Se inició tratamiento anticoagulante, desestimándose fibrinolisis arterial urgente por tiempo de evolución. El dolor abdominal inicial se orientó como probable colitis isquémica secundaria a cardiopatía embolígena.

Diagnóstico diferencial: Debe realizarse con patología renal (litiasis urinaria, estenosis ureteral), abdominal (apendicitis, diverticulitis, estreñimiento, obstrucción intestinal, síndrome intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal), ginecológica (endometriosis, rotura folicular, embarazo ectópico), osteomuscular (lumbalgia, hernia discal, absceso psoas), vascular (aneurisma aorta, isquemia mesentérica), tumores (nefrourológicos, abdominales, retroperitoneales).

Comentario final: El infarto renal es una causa inhabitual de dolor abdominal e infradiagnosticado, a veces con manifestaciones clínicas poco específicas. Debemos tenerla en cuenta ante un paciente con factores de riesgo de embólia, dolor en fosa renal o flanco y LDH sérica elevada.

Bibliografía

1. López S, González D. El infarto renal. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2006;32:90-2.
2. Sastre A, Álvarez-Navascués R, Marín R. Infarto renal. Nefrología. 2007.27:522.

Palabras clave: *Infarto renal. Dolor fosa lumbar.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.