



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2478 - ALGO MÁS QUE UN DOLOR ABDOMINAL

P. Sánchez-Seco Toledano^a, B. Yuste Martínez^b, A. García García^b, L. López Benito^c, M. Podaru^d y R. Piedra Castro^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Manantiales. Guadalajara. ^dMédico de Familia. Centro de Salud de Budia. Guadalajara. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 88 años que acude a Urgencias por dolor abdominal difuso de unas 24 horas de evolución acompañado de vómitos de contenido alimenticio. En un primer momento es diagnosticada de gastroenteritis infecciosa siendo dada de alta. Una semana más tarde acude por persistencia de dolor abdominal que esta vez se localiza en fosa lumbar derecha. La paciente no refiere sensación febril pero a su llegada se objetiva temperatura de 38 °C. Niega sintomatología urinaria. Se realiza analítica y radiografías. Dada la sintomatología y los elevados valores de LDH, se realiza TAC abdomino-pélvico con contraste objetivándose infarto renal derecho. Debido a la edad y los antecedentes de la paciente se desestima tratamiento invasivo y se trata mediante tratamiento anticoagulante tratándose en Urgencias con HBPM para pasar posteriormente a anticoagulación oral.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 38,0 °C. TA: 185/108. AC: arrítmico sin soplos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación de forma difusa. RHA+. Murphy y Blumberg negativos. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal ni ascitis. Timpanismo. Puñopercusión renal derecha positiva. Analítica: leuco: 28,60; INR: 2,14; creatinina sérica: 0,98; FG: 53; AST: 168; GGT: 62; LDH-L: 2.091; PCR: 163,5; análisis orina proteínas: 200; hemátíes: negativo; leucocitos: negativo; nitritos: negativo. Radiografía de tórax y abdomen. Electrocardiograma: FA a 70 lpm. TAC abdomino-pélvico.

Juicio clínico: Infarto renal derecho.

Diagnóstico diferencial: Cólico renal. Pielonefritis aguda colecistitis. Isquemia mesentérica. Infarto pulmonar.

Comentario final: El infarto renal es una patología infradiagnosticada. Existen factores de riesgo como la fibrilación auricular. La forma clínica varía desde silente, a un cuadro de vómitos, dolor en fosa lumbar, fiebre, leucocitosis y elevación marcada de LDH. La función renal puede o no afectarse, siendo lo más frecuente una elevación transitoria de urea y creatinina plasmáticas.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill, 2012.
2. The clinical spectrum of acute renal infarction. Isr Med Assoc. 2002;4(10):781-4.

Palabras clave: Infarto renal. LDH.