



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/979 - HALLAZGO CASUAL CASI MORTAL

B. Hernández Bertó^a, A. Barceló López^b, S. Losada Figarella^c, J. Sananton y A. Lledó Domenech^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pego. Denia. Alicante. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Pego. Alicante. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jávea. Alicante. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Denia. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 47 años, acude a urgencias por dolor intenso en flanco izquierdo de una semana de evolución irradiado a abdomen que aumenta con respiración y movimientos corporales. Niega episodios similares previos. Náuseas, no vómitos, no fiebre. Niega traumatismo previo. Sudoración profusa iniciada ese día. Niega otra sintomatología. No RAMc. AP: DLP, EPOC, TBC resuelta, colitis ulcerosa, obesidad. Eco abdominal: quiste renal de 10 cm en polo superior de riñón izquierdo compatible con quiste hemorrágico. LOEs hepáticas ya conocidas. AQx: niega. Hábitos tóxicos: exfumador. Ingesta enólica moderada-alta. Medicación habitual: atenolol, rosuvastatina, mesalazina, bromuro de tipotropio, enalapril/lecanidipino, vareniclina.

Exploración y pruebas complementarias: TA 156/100 mmHg, 75 lpm, afebril, SatO₂ 98%. EF: sudoración profusa, eupneico en reposo, NH,NC. Abdomen: dolor abdominal con palpación profunda en hipocondrio izquierdo. Resto, anodino. Analítica: leucocitos $11,7 \times 10^3/\mu\text{l}$, neutrófilos $8,99 \times 10^3/\mu\text{l}$, glucosa 152 mg/dl, AST/GOT 41 UI/L, dímero D 18.318,29 ng/ml, resto normal. AO: normal. Rx abdomen y tórax: normal. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, PR normal, QRS estrecho, onda Q en II-III. No alteraciones agudas en la repolarización. Eje a 30°. Sondamos al paciente por imposibilidad para micción. Ante mala evolución solicitamos TC. TC toraco-abdominal: hematoma renal izquierdo sobre lesión quística preexistente con signos de sangrado activo. Se contactó con urólogo de guardia que ante inestabilidad hemodinámica solicitó ingreso en UCI, valorando necesidad de cirugía urgente.

Juicio clínico: Hematoma renal izquierdo sobre lesión quística preexistente con signos de sangrado activo. Anemia normo-normo. IR aguda multifactorial.

Diagnóstico diferencial: Hematoma renal. Litiasis renal/Pielonefritis. Disección aórtica. IAM. Pancreatitis aguda.

Comentario final: Tras embolización percutánea el paciente permaneció en UCI, posteriormente en planta, precisó transfusión de hemoderivados por anemia. Fue dado de alta por buena evolución con seguimiento en CCEE de urología. Los quistes renales simples son las lesiones renales benignas más frecuentes, habitualmente asintomáticas, que pueden crecer y complicarse. La ruptura espontánea de quistes renales ocurre excepcionalmente. Ante paciente con AP de quiste renal y dolor con inestabilidad hemodinámica hay que sospechar una complicación de esta patología. El tratamiento

de elección es la embolización percutánea de la arteria sangrante o la nefrectomía.

Bibliografía

1. Ars E, Bernis C, Fraga G. Guías clínicas españolas de PQRAD. 9-10, 2014.
2. Alberto HC, Enrique DR, Miguel Ángel RV. Ruptura espontánea de quiste renal simple en el sistema pielocalicial. Evolución desde Bosniak I a IIF. Arch Esp Urol. 2008;61(3).

Palabras clave: Quiste. Hematoma. Embolización.