

## 424/1669 - NO SÓLO SE INFARTA EL CORAZÓN

M. Galán Berasaluce<sup>1</sup>, J. Rodríguez Albarrán<sup>2</sup>, S. Gil García<sup>1</sup> y H. Madrona Rodríguez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Jadraque. Guadalajara. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 75 años, HTA (en tratamiento con enalapril/HCT 20/12,5 mg) y DL (en tratamiento con simvastatina 20 mg). Acude a urgencias del centro de salud por dolor abdominal generalizado de 8 h de evolución, continuo, no irradiado, aumentando de intensidad. No otra sintomatología asociada. Se administró metamizol y omeprazol iv, sin mejoría clínica, por lo que se trasladó a urgencias del hospital, donde se administró ranitidina, dexketoprofeno y paracetamol iv y se solicitó TC abdominal urgente, el cual nos dio el diagnóstico y se inició anticoagulación con HBPM. Ingresó en Medicina Interna.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 138/94 mmHg; FC 80 lpm; Sat O2 95%. Abdomen: globuloso, blando, doloroso a la palpación de forma generalizada, sin signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni visceromegalias. RH+ PPR bilateral. Resto de exploración normal. Rx tórax y Rx abdomen sin hallazgos significativos. Analítica: leucocitos  $12,0 \times 10^9/L$ . Neutrófilos  $10,1 \times 10^9/L$ . Cr 1,63 mg/dL. FG según CKD-EPI 48 mL/min. LDH 532 U/L. PCR 6,9 mg/L. ECG, gasometría venosa y sedimento de orina normal. TC abdominal con contraste: estenosis de la arteria renal izquierda, defecto de repleción en la porción distal de la arteria renal izquierda en relación a trombosis.

**Orientación diagnóstica:** Se solicitó TC abdominal para descartar isquemia mesentérica aguda, pero finalmente resultó ser una isquemia renal aguda. Se decidió ingreso en Medicina Interna para valorar tratamiento, iniciándose anticoagulación oral. Se realizó interconsulta a Nefrología y Cirugía vascular, que desestimaron tratamiento quirúrgico.

**Diagnóstico diferencial:** Patología renal (trombosis/embolia, litiasis...), patología abdominal (apendicitis, diverticulitis...), patología vascular (isquemia mesentérica...), tumores.

**Comentario final:** El infarto renal se debe a una oclusión de la arteria renal principal o alguna de sus ramas. La clínica es variable, por lo que suele infradiagnosticarse. Se suele observar fiebre, leucocitosis, hematuria o elevación de GOT, FA y LDH (siendo esta última la más específica). Es más frecuente en el lado izquierdo y tiene una mortalidad de hasta un 25%. El diagnóstico se suele realizar mediante ecografía, TC o gammagrafía, o arteriografía. El tratamiento de elección suele ser, si es bilateral, quirúrgico y si es unilateral anticoagulante o antiagregante dependiendo si la causa es embolismo o trombosis.

### Bibliografía

1. Rodríguez Benítez P, Luño J, Gómez Campderá FJ, Pérez García R, Valderrábano F, García de Vinuesa MS, Simó G. El infarto renal agudo: una patología infradiagnosticada y tratable. Nefrología.

1999;XIX)(5).

**Palabras clave:** Trombosis. Isquemia renal.