

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

## 424/2945 - MUJER DE 81 AÑOS CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO

P. Barboza Trujillo<sup>1</sup>, E. Miranda Sancho<sup>2</sup>, Y. Avellaneda López<sup>3</sup> y J. Bianchi Llave<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz. <sup>2</sup>Médico de Medicina Interna. Hospital Punta de Europa. Cádiz. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Dolor abdominal en hipocondrio izquierdo irradiado a espalda de 4 días de evolución junto con vómitos biliosos autolimitados. No RAMc. HTA, DL. Prótesis mitral biológica (2013). FA permanente poscirugía cardiaca. Tratamiento: apixabán 5 mg/12h, omeprazol 20 mg/24h, simvastatina 40 mg/24h, ramipril 5 mg/24h, torasemida 5 mg/24h, bisoprolol 1,25 mg/24h, bromazepam 3 mg/24h. Situación basal: independiente para ABVD.

**Exploración y pruebas complementarias:** T 37,1 °C; TA 127/74 mmHg, FC 90 lpm, SatO2 98% basal. AC arrítmico, no soplos. Abdomen: dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo, sin defensa. No masas ni megalias. Puño percusión renal izquierda positiva, derecha negativa. Resto exploración normal. Analíticas: urea 67 mg/dl, creat 2,24 mg/dl, Na 131 mEq/L, GOT 101 U/L, GPT 115 U/L, LDH 1238 U/L, PCR 18,38 mg/dl, leucocitos 17.400/L con 14.980/L neutrófilos y 970/L linfocitos, INR 2,08, TPTA 36,4 seg, fibrinógeno 581 mg/dl. Sistémico orina/urocultivo: proteínas 100 mg/dl, resto normal. Rx tórax: normal. Ecografía abdomen: sin hallazgos relevantes. Solicitamos prueba de imagen abdominal. TC con contraste abdominal: ausencia de captación por parte del riñón izquierdo en más de su 50%, siendo hipodenso en relación a un infarto renal. Se amplió estudio con ecocardiografía para descartar trombo; ecocontraste espontáneo en cámaras izquierdas sin imagen de trombo. Prótesis mitral con ligero aumento de gradiente.

**Orientación diagnóstica:** Infarto renal izquierdo. ERC (G4A2) secundario a lo previo.

**Diagnóstico diferencial:** Ante la clínica (dolor en hipocondrio izquierdo y vómitos), la alteración de la función renal y elevación de reactantes de fase aguda; planteamos los siguientes diagnósticos diferenciales: pielonefritis, colecistitis, pancreatitis e isquemia: esplénica, renal, mesentérica.

**Comentario final:** El infarto renal agudo es una causa poco frecuente de insuficiencia renal aguda (incidencia 0,007-1,4%). Clínica: dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre, alteración del estado mental, diarrea, disnea, dolor torácico. No hay presentación típica, se debe tener presente para el diagnóstico. LDH ha demostrado ser de gran utilidad en el diagnóstico (elevación en las primeras 24 horas y permanece hasta 2 semanas después). El tratamiento precisa de revisión, en la literatura publicada se recomienda anticoagulación con heparina intravenosa seguida de warfarina/acenocumarol, con INR entre 2-3; sin embargo, no hay descritos casos con anticoagulantes de acción directa ni el posible tratamiento inicial con HBPM.

### Bibliografía

1. Fierro C. Características clínicas y diagnósticas en infarto renal agudo en una serie clínica. Revista Médica Clínica Condes. 2010;21(4):634-7.

**Palabras clave:** Infarto renal agudo.