



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2595 - DOLOR ABDOMINAL SÚBITO

R. Montiel Argáiz¹, E. Sarmiento Acosta² y S. Velilla Zancada³

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Calahorra. La Rioja. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. La Rioja. ³Médico de Familia. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 36 años sin antecedentes de interés valorado en urgencias hospitalarias por dolor súbito en flanco derecho. A las 24 h fue reevaluado en Atención Primaria por persistencia de dolor a pesar de paracetamol, metamizol y dexketoprofeno. No asociaba fiebre, clínica digestiva ni miccional. Tras la exploración, se pautó metamizol y buscapina intramuscular, y se recomendó acudir de nuevo a urgencias si no cedía.

Exploración y pruebas complementarias: PA 140/90 mmHg, FC 50 lpm, SatO2 99%, afebril. Muy afectado. Auscultaciones cardiaca y pulmonar normales. Abdomen doloroso en flanco derecho, sin signos de irritación peritoneal, peristaltismo disminuido y puñopercusión renal negativa. Tira de orina con hematuria. En urgencias hospitalarias se realizó analítica inicial, destacando elevación de LDH, leucocitosis y hematuria. Ante la persistencia del dolor se realizó ecografía y TAC abdominal, detectando imagen sugestiva de infarto renal. En la analítica de ingreso presentaba elevación de proteína C reactiva, anemia normocítica y elevación del factor VIII (normalizándose tras episodio agudo). El estudio etiológico con autoinmunidad, serologías, cultivos, hipercoagulabilidad, Holter, ecocardiografía, angioresonancia y eco-Doppler fueron normales.

Orientación diagnóstica: Ante un dolor abdominal en flanco derecho con hematuria, se sospechó un cólico renal. Dada la mala evolución se requirió ampliar el estudio, llegando al diagnóstico de infarto renal.

Diagnóstico diferencial: Cólico renal, pielonefritis, estreñimiento.

Comentario final: La incidencia del infarto renal es de 0,7-1,4%. Su causa más frecuente es el embolismo de origen cardíaco por fibrilación auricular. Otras causas pueden ser trombosis, disección de arteria renal, o hipercoagulabilidad. Es idiopático en el 29-59%. Cursa con dolor repentino en flanco o lumbar, que puede acompañarse de náuseas, vómitos y fiebre. Requiere diagnóstico diferencial con nefrolitiasis, pielonefritis o patología gastrointestinal. En analítica destacan la elevación de LDH y creatinina, leucocitosis, hematuria y proteinuria. Ante la sospecha, se debe solicitar TAC con contraste para confirmación. Su tratamiento es con anticoagulantes o fibrinolíticos.

Bibliografía

- Caravaca-Fontán F, Pampa Saico S, Elías Triviño S, Galeano Álvarez C, Gomis Couto A, Pecharromán de las Heras I, et al. Infarto renal agudo: características clínicas y factores pronósticos. Nefrología. 2016;36:141-8.

2. Markabawi D, Singh-Gambhir H. Acute renal infarction: A diagnostic challenge. Am J Emerg Med. 2018;36:1325.

Palabras clave: Dolor abdominal. Infarto renal.