



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

## 482/487 - CÓLICO RENAL, LAS SEGUNDAS PARTES NUNCA FUERON BUENAS

L. Villota Ferreiro<sup>1</sup>, S. Fernández Crespo<sup>2</sup>, E. Velásquez González<sup>1</sup>, A. Meabe Santos<sup>1</sup> y C. Martínez López<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. Ponferrada. León. <sup>2</sup>Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. <sup>3</sup>Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. Ponferrada. León.

### Resumen

**Descripción del caso:** Motivo de consulta: síndrome general y dolor en miembro inferior derecho (MID). Historia clínica: Varón de 83 años que había consultado hace 72h por cuadro de mareo y lumbalgia intermitente de semanas de evolución, fue dado de alta con diagnóstico de cólico renal. Acude de nuevo por anorexia, deterioro funcional y dolor intenso en MID. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo, enfermedad de Crohn, síndrome depresivo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general, afebril, palidez mucocutánea, eupneico. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen blando y depresible, doloroso en fossa ilíaca derecha. En miembros inferiores destaca abolición del pulso femoral derecho, MID frío al tacto y con retraso del llenado capilar. Analítica: urea 152, creatinina 6,33, sodio 132, potasio 6,5, dímero D 3,63. Sistemático de orina con hematuria. En hemograma 12.600 leucocitos. Electrocardiograma: sinusal a 90 lpm sin alteraciones en la repolarización. Ecografía a pie de cama: Riñones de tamaño normal sin dilatación. Oclusión de arteria ilíaca y femoral derechas y disminución en la vascularización intraparenquimatosa en ambos riñones. Angiotac: disección aórtica tipo B desde arteria subclavia izquierda extendiéndose hasta ilíaca derecha con oclusión de su luz.

**Orientación diagnóstica:** Isquemia arterial aguda de MID. Disección aórtica tipo B.

**Diagnóstico diferencial:** Infarto renal, síndrome de Leriche, cólico renal complicado.

**Comentario final:** La lumbalgia es un motivo de consulta frecuente, hasta un 30% corresponde a patología urgente pronóstico tiempo-dependiente, donde un 19% tendrá origen vascular. El dolor lumbar es un cuadro clínico, que requiere de una exhaustiva y rigurosa anamnesis y exploración física, para así simplificar su extenso diagnóstico diferencial. La ecografía a pie de cama se convierte en herramienta aliada para filiar diagnósticos. Debemos tomar conciencia de no dirigir el curso de un diagnóstico por su aparente carácter autolimitado, ya que supone el infradiagnóstico de patologías más severas por banalización del mismo.

### Bibliografía

1. Fleming C, Whitlock EP, et al. Screening for abdominal aortic aneurysm. A best-evidence systematic review for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2005;142:203-11.

**Palabras clave:** Isquemia arterial. Lumbalgia.