



INFARTO RENAL COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO, NO SIEMPRE TENIDA EN CUENTA

C. Marco Schulke, A. Camarero Miguel, J. Martínez Ollero, L. Nicolás Liza, B. Sastre Borregon y M.J. Raya Núñez

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España.

Resumen

Objetivos docentes: Al valorar un paciente no podemos olvidar la posibilidad del infarto renal. Revisamos las técnicas más adecuadas para diagnosticarlo, las características del infarto renal por imagen, así como las lesiones asociadas.

Revisión del tema: El infarto renal se produce por obstrucción aguda de una o más ramas de las arterias renales principales. Es una patología cuyo diagnóstico rara vez está orientado por la clínica al ser ésta muy inespecífica, con lo que suele ser un hallazgo casual en el seno de otra sospecha diagnóstica. La clínica habitual incluye lumbalgia intensa, síntomas vegetativos y ocasionalmente fiebre; raramente hematuria o síndrome miccional. Los factores de riesgo habituales son fibrilación auricular, embolismos previos, cardiopatía, traumatismos, hipercoagulabilidad y vasculopatías. Analíticamente lo más sensible es elevación de LDH. En cuanto a la imagen, la TC con contraste iv es la técnica habitualmente empleada por su disponibilidad y sensibilidad. La sensibilidad de la ecografía es baja. Realizamos estudio observacional retrospectivo entre enero de 2010 y septiembre de 2017 con 18 casos. La sospecha inicial sólo se produce en 4 de ellos, siendo el cólico nefrítico y la diverticulitis las patologías más sospechadas inicialmente. Desarrollan complicaciones un 33%, teniendo dos exitus. En 2 casos se realiza intervencionismo, con fibrinolisis local, en el resto se anticoagula. No se realiza fibrinolisis sistémica ni cirugía en ningún caso. La evolución es favorable en el 78% de los casos.

Conclusiones: Ante un paciente con dolor abdominal y factores de riesgo embolígeno que presenta elevación de LDH debemos sospechar esta entidad.