



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 220/6 - MANEJO DEL DOLOR CÓLICO DESDE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SUAP)

E. Bermejo Ruiz<sup>a</sup>, S. Díez Martínez<sup>b</sup>, I. Pérez Loza<sup>c</sup>, M.A. Gualdrón Romero<sup>d</sup>, M.J. Arques Pérez<sup>e</sup>, M.A. de la Hoz Gutiérrez<sup>b</sup>, L. Gómez Ruiz<sup>f</sup>, A. Fernández Serna<sup>g</sup> y C. Fortuny Henríquez<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Consultorio Local Valle de Villaverde. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. SUAP CS Alisal. Cantabria. <sup>c</sup>Enfermera. Cardiología Críticos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

<sup>d</sup>Enfermera. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. SUAP CS Sardinero. Cantabria. <sup>f</sup>Médico de Familia. CS Dávila. Cantabria. <sup>g</sup>Médico de Familia. CS Sardinero. Cantabria. <sup>h</sup>Médico de Familia. CS La Marina. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 24 años que acude a SUAP en dos ocasiones en las últimas 48 horas, por cuadro de dolor de características cólicas en fosa lumbar izquierda que se irradia a testículo ipsilateral con náuseas y vómitos. En la primera visita, se inicia tratamiento con diclofenaco im, primperam, metamizol y buscapina iv con buena evolución por lo que se da de alta a domicilio con aines vo. En su segunda visita, acude por el mismo proceso se inicia tratamiento con diclofenaco im, primperam y buscapina iv y se decide traslado a Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) por falta de adecuado control sintomático. Antecedentes personales: NAMC, rinoconjuntivitis y asma leve intermitente. Litiasis renal.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 36,1 °C, TA 118/61. FC 53 lpm. Analítica: leucocitos 17,5 × 10<sup>3</sup>/μL, hemoglobina 12,8 g/dl, creatinina 1,15 mg/dl, FG 89 ml/min. Estudio de orina: hematuria 15-20 hematíes/campo y cristaluria de oxalato cálcico. Radiografía de abdomen sin alteraciones.

**Juicio clínico:** Cólico nefrítico no complicado.

**Diagnóstico diferencial:** Se debe establecer entre las siguientes causas: Renales: pielonefritis aguda, embolia-infarto renal. Genitales: torsión de cordón espermático, torsión ovario, embarazo extrauterino, salpingitis. Digestivas: apendicitis, oclusión intestinal, diverticulitis, pancreatitis. Vasculares: disección o rotura de aneurisma de aorta abdominal. Neurológicas: lumbo-ciatalgia, tabes, neuralgia lumbo-abdominal.

**Comentario final:** En el manejo inicial del cólico renal la prioridad es un rápido y adecuado control del dolor. Siendo de elección los analgésicos anti-inflamatorios no esteroides (AINEs). Se recomienda en Atención Primaria, diclofenaco 75 mg intramuscular pues calma el dolor en 20-30 minutos. Dexketoprofeno se ha demostrado eficaz en el tratamiento del cólico renal pero no hay datos que sugieran que sea superior a diclofenaco, y es una opción más cara. Diprofona ha demostrado eficacia en el tratamiento del cólico renal agudo, en dosis única o como tratamiento

complementario. Se observa que por vía endovenosa es más rápido y efectivo que intramuscular. Opiáceos son claramente eficaces en revertir el dolor en el cólico renal agudo debido a su efecto agonista del sistema endógeno modulador del dolor. Son similares a los AINEs pero se observa una mayor frecuencia de efectos adversos (nauseas, vómitos e hipotensión). Los fármacos anticolinérgicos (Buscapina®) se utilizan como analgésicos en el cólico renal. Actualmente se considera que el mecanismo fisiopatológico del dolor es la distensión de la cápsula renal por la obstrucción, y la liberación de prostaglandinas locales, siendo el espasmo uretral resultante una respuesta que contribuye de forma menor al cuadro, como se consideraba clásicamente. Ningún estudio ha demostrado que sean tan eficaces como opiáceos, AINEs u otros analgésicos cuando son utilizados en monoterapia. Además, existen estudios que muestran que la adición de un antimuscarínico a los AINEs u opiáceos no aporta beneficios analgésicos, ni disminuye la sintomatología vegetativa acompañante. Con todos estos resultados y disponiendo en nuestro medio de una batería de fármacos más eficaces y más dirigidos al origen fisiopatológico del dolor, no está justificado el uso de fármacos antimuscarínicos en el tratamiento del cólico renal.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Cataño JG, Rojas C, Patiño G. N-butilbromuro de hioscina más dipirona, tramadol y diclofenaco en el manejo del cólico renoureteral. *Universitas Médica*. 2004;45(2).