



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1618 - INFARTO EXTENSO RENAL IZQUIERDO Y ESPLÉNICO SECUNDARIO A TROMBOSIS AGUDA EN AORTA ASCENDENTE EN MUJER DE 69 AÑOS

A. Pedraza Bueno e I.M. Cámara Bravo

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 69 años monorrena que acude por dolor intenso en Flanco izquierdo asociando pérdida de fuerza en MMID. Antecedentes personales: no alergias, fuma 4 cig/día. Sin FRCV. Osteopenia, rizartrrosis. IQx: nefrectomía derecha 2001 por uropatía obstructiva. Tratamiento: tramadol, paracetamol. Anamnesis: acude a Urgencias por dolor intenso en flanco izquierdo que irradia a FRI y genitales con pérdida progresiva de fuerza en MMID, vómitos y anorexia. Afebril. Hace 1 mes acude por dolor en FRI, en analítica leucocitosis con neutrofilia, PCR 100 y función renal conservada. En orinas leucocitaria. Sospechando PNA inician antibioterapia y derivan al alta.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. TA 120/80. FC 75 lpm, Sat basal 96% REG. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, tonos apagados, MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, no masas, doloroso a la palpación en flanco izquierdo e hipogastrio. PPRI negativa, leve defensa abdominal, sin peritonismo. MMII: pulso pedio derecho disminuido. AS: Hb 13,0, plaquetas 519.000, leucocitos 22.800 (NT 82,3%). Coagulación normal. Creatinina 1,97 (previa de hace 1 semana 0,6), sodio 134, potasio 5,7, PCR 52, orinas: leucocitos indicios, bacterias abundantes. Ecografía de abdomen: riñón izquierdo de características ecográficas normales, con flujo intrarrenal presente. Se observa pérdida del flujo trifásico normal en la arteria renal izquierda, en probable relación con estenosis secundaria a marcada ateromatosis aórtica. Electrocardiograma: rítmico sin onda P a 70 lpm, QRS estrecho sin alteraciones de la repolarización. Ampliamos biomarcadores: troponina I < 40 CK-MB 242, LDH 1.027. Ecocardiograma: hipoquinesia VD. Nueva determinación a las 3 horas: troponina 70, CK-MB 109, LDH 1.855 CK 2.062, creat 3,06.

Juicio clínico: Trombosis aguda en aorta ascendente con infarto extenso en riñón izquierdo y parcial esplénico.

Diagnóstico diferencial: Dolor en FRI irradiado a miembros inferiores. Biomarcadores compatibles con IAM a descartar patología aórtica. IRA parenquimatosa paciente monorrena.

Comentario final: Tras elevación de biomarcadores y deterioro de la función renal (creatinina 1,9 a 3), se realiza angioTC (infarto extenso del riñón izquierdo y parcial esplénico secundario a trombosis aguda, probable origen en trombo flotante en aorta ascendente). Traslado a UCI, pese a fibrinólisis, empeora con deterioro franco de la función renal, hipotensión mantenida y trabajo respiratorio

intenso, siendo necesaria VMNI y posteriormente IOT entra en parada cardiorrespiratoria por DEM que no respondió a maniobras.

Palabras clave: *Dolor abdominal. Biomarcadores. Pulsos arteriales.*