



242/2321 - DOCTORA, ¿ESTE DOLOR NO SE ME VA A QUITAR?

N. Ruiz Ramos^a y M. Alcocer Lanza^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo. ^bMédico de Familia en Urgencias. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 51 años, NAMC, obeso y fumador, con antecedentes de HTA, DM2 mal controlada, arteriopatía periférica con isquemia crónica y pie diabético en MID, miocardiopatía dilatada, IC aguda. En tratamiento con insulina, clopidogrel, furosemida, espirolactona, bisoprolol, enalapril, pantoprazol. Consulta a su MAP por dolor tipo cólico en flanco izquierdo y fosa renal izquierda por lo que se sospecha de cólico renal y se le prescribe analgesia. Ante la no mejoría del cuadro clínico, acude al servicio de Urgencias. A su llegada, no presenta cortejo vegetativo ni sintomatología urinaria, no obstante, destaca TA 214/108, puñopercusión renal izquierda positiva y leve dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda. Auscultación cardíaca rítmica a 107 lpm. Resto sin alteraciones.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca sistemático de sangre con 17.300/μl leucocitos (85% de neutrófilos) y creatinina 2,02 mg/dl. En la orina se apreció hematuria moderada. En la radiografía de tórax se evidenció cardiomegalia, derrame pleural bilateral. ECG sin alteraciones. Ante la no mejora clínica del paciente, a pesar de analgesia potente, se sospecha de disección vascular y, debido a la disponibilidad en Urgencias, se realiza una TAC con el resultado de trombosis renal izquierda con infarto renal asociado.

Juicio clínico: Fracaso renal agudo por trombosis de la arteria renal izquierda con infarto renal secundario y HTA de origen renovascular.

Diagnóstico diferencial: Cólico renoureteral, estenosis ureterales, embolia o trombosis renal. Apendicitis, obstrucción, diverticulitis, pancreatitis, colecistitis. Disección o rotura de aneurisma aórtico, isquemia mesentérica. Torsión testicular, embarazo ectópico. Lumbalgia. Tumores nefrourológicos, abdominales, retroperitoneales.

Comentario final: La trombosis de la arteria renal es una enfermedad grave y, a menudo, infradiagnosticada. Se debe plantear este diagnóstico ante dolor de flanco inexplicado, especialmente en pacientes con FRCV. En este caso, el paciente presenta factores de riesgo de trombosis pero sin antecedentes de tromboembolismo. Ante la sospecha clínica se debe solicitar TAC abdominal, especialmente en pacientes con LDH elevada.

Bibliografía

1. Lopez VM, Glauser J. A case of renal artery thrombosis with renal infarction. Journal of Emergencies, Trauma and Shock. 2010;3:302.

Palabras clave: Dolor en flanco. Trombosis. Infarto renal.