



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 199/36 - ESTO NO ES UN CÓLICO RENAL...

A. Gutiérrez García<sup>a</sup>, D. Ternero Escudero<sup>b</sup>, M. Reina Martín<sup>c</sup>, M. Luna Valero<sup>d</sup> y A. Cordero Moreno<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Blanca. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias. Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Portada Alta. Málaga. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coín. Málaga. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 57 años ex adicto a drogas por vía parenteral, fumador activo de 50 paquetes/año y bebedor severo 20 unidades estándar de bebida al día. Intervenido de apendicectomía y sin tratamiento habitual. El paciente acude en varias ocasiones a consulta de no demorable por dolor en fosa renal derecha sin clínica miccional tratado como cólico renoureteral no complicado con buena respuesta a tratamiento antiinflamatorio. Ante la persistencia del dolor, acude a nuestra consulta de primaria para valoración. Refiere dolor en fosa renal derecha irradiado a fosa inguinal derecha desde hace 1 mes que ha manejado con tratamiento sintomático. En las últimas 48 horas, refiere sensación distérmica no termometrada, escalofríos, polaquiuria y oligoanuria con aumento del dolor extendiéndose a ambas fosas renales. No presenta hematuria. Ante exploración y realización de pruebas complementarias en centro de salud, se deriva a servicio de urgencias para valoración del cuadro.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general. Consciente. Bien hidratado y perfundido. TA: 151/80. SatO<sub>2</sub>: 98%. T<sup>a</sup>: 37,5 °C. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado. No ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho e hipogastrio. Blumberg y Murphy negativos. Puñopercusión renal bilateral negativa. Tacto rectal con palpación de próstata adenomatosa volumen II a expensas izquierda. No palpación nodular. No signos de TVP o edemas en MMII. Analítica sanguínea: hemoglobina 11,9. Plaquetas 598.000. Leucocitos 11.900. Glucosa 91. Urea 128. Creatinina 7,36 (previas normales). Filtrado glomerular 8. Sodio 137. Potasio 6,7. PCR 65. pH venoso 7,1. Bicarbonato actual 14. Análisis orina: negativo. Ecografía abdominal: uropatía obstructiva bilateral III/IV con cambio de calibre a nivel de la desembocadura vesical. Colección retroperitoneal que se extiende desde espacio perirrenal derecho subjetiva de absceso.

**Juicio clínico:** Uropatía obstructiva secundaria a carcinoma de células transicionales de vejiga supratrigonal de alto grado.

**Diagnóstico diferencial:** Cólico renoureteral. Síndrome del tracto urinario inferior. Tumor renal.

**Evolución:** Se solicita valoración por Urología que decide realización de doble nefrostomía

percutánea y solicitud programada de cistoscopia y UroTC con biopsia. Tras diagnóstico histopatológico de Carcinoma vesical estadio IV, el paciente desestima actitud terapéutica y se incluye en cuidados paliativos. A lo largo del ingreso, presentó mejoría de la función renal y de equilibrio hidroelectrolítico.

**Comentario final:** El cólico renoureteral es un motivo de consulta frecuente en atención primaria y urgencias. Aunque su sintomatología es característica, no debemos presuponer un diagnóstico precoz ante dicho cuadro. El cáncer vesical es la patología maligna más frecuente que involucra a las vías urinarias, siendo el 90% del tipo histológico de células transicionales de vejiga. El tabaquismo y el exceso de alcohol suponen el principal factor de riesgo evitable en esta patología.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Lotan Y, Choueiri TK. Clinical presentation, diagnosis, and staging of bladder cancer. UpToDate, 2016.
2. Daneshmand S. Epidemiology and risk factors of urothelial (transitional cell) carcinoma of the bladder. UpToDate, 2016.