



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/304 - A propósito de un caso: trombosis de vena renal en adulto

Z. Bernard Cáceres<sup>a</sup>, E. Sánchez Casado<sup>b</sup>, S. Contreras Alonso<sup>c</sup>, K. Calderón Minier<sup>a</sup>, M. Orellana Gómez<sup>d</sup> y J.M. Sánchez Hernández<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sureste. Ávila. <sup>b</sup>Médico de Familia. Complejo Hospitalario de Salamanca. Salamanca. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Sureste. Ávila.

<sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estación. Ávila.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente masculino de 48 años de edad, antecedente de esplenectomía secundaria a trombopenia autoinmune, hemihepatectomía izquierda secundario a hidatidosis y colecistectomía. Sin otros antecedentes médicos de interés. Acude por dolor lumbar izquierdo, de inicio brusco, de tipo cólico de 3-4 horas de evolución, irradiado al dorso izquierdo. Niega fiebre, náuseas ni vómitos. Refiere que el dolor no mejora con AINEs vía oral.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 119/85 mmHg. Tº 36,3 °C. FC 58 lpm. Buen estado general. A la exploración física destaca puño percusión lumbar izquierda positiva. Resto de exploración por aparatos y sistemas sin hallazgos significativos. En la analítica presenta leucocitosis de 20.800/mm<sup>3</sup> con neutrofilia (17.000/mm<sup>3</sup>). Aumento de CK, LDH y deterioro de la función renal con aumento de creatinina. Resto del hemograma, coagulación y bioquímica sin datos relevantes. Sistemático de orina normal. Dada la alteración de la función renal y la leucocitosis, se pide ecografía urológica, para descartar uropatía obstructiva, que no se objetiva. Ante la persistencia de la clínica del paciente y el aumento de la leucocitosis y PCR en segunda analítica realizada, se solicita TAC abdomino-pélvico, que pone en evidencia un trombosis venosa renal izquierda. El paciente ingresa a planta de Nefrología, donde se pauta tratamiento anticoagulante, antibioticoterapia, fluidoterapia y analgesia. Durante su estancia se realizó estudio de síndrome nefrótico, que resultó negativo. Se realizaron otras pruebas para descartar patologías trombofílicas, entre ellas cuantificación de crioglobulinas, PLA2R, estudio genético de trombofilia, serología bacteriana y viral, autoinmunidad y marcadores tumorales, que resultaron todos negativos. Al 10º día de ingreso se realiza eco Doppler renal, donde persisten signos de trombosis de la vena renal izquierda, en proceso de remodelación. Sin expansión vascular. Al 15º día de ingreso el paciente presenta mejoría sintomática, se decide alta con anticoagulación oral y analgesia.

**Juicio clínico:** Trombosis de vena renal izquierda.

**Diagnóstico diferencial:** Cólico renoureteral, síndrome nefrótico, coagulopatías.

**Comentario final:** La trombosis venosa renal en pacientes ambulatorios es infrecuente, se debe sospechar de un síndrome nefrótico como probable causa. Otras causas podrían ser la tromboflebitis de la vena porta, traumatismos, uso de anticonceptivos orales y estados de hipercoagulabilidad. El

tratamiento es la anticoagulación.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Hogan J, Rosenthal S, Yariaggada S, et al. Late onset renal vein thrombosis: a case report and review of the literature. *Int. Journal of Surgery case reports*. 2015;6:73-6.
2. Vegas J, Díaz R. Trombosis bilateral de venas renales e insuficiencia renal aguda secundaria a trombosis de un filtro de vena cava inferior. *Rev Med Chile*. 2014;142:1473-7.
3. Llach F, Papper S, Massry SG. The clinical spectrum of renal vein thrombosis: acute and chronic. *Am J Med*. 1980;69(6):819-27.
4. Farreras Rozman. *Medicina Interna* 16ª Ed. 2009. Vol. 1. p. 927.
5. Hernando Avedaño L. *Nefrología clínica*. 3ª ed. Editorial Panamericana. 2008, p. 331.