



## 160/1444 - ¿CÓLICO NEFRÍTICO? DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR LUMBAR IRRUPTIVO. INFARTO RENAL

F.M. Giraldo Abadín<sup>a</sup>, C.E. Narvaez Mejía<sup>b</sup>, M.A. Delgado Rodríguez<sup>c</sup> y C. Guijo Roldán<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia y Comunitaria Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.

<sup>b</sup>Médico Nefrólogo. Centro de diálisis Braun. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Ámbito del caso: Urgencias Hospital/Atención Primaria. Motivos de consulta: paciente de 65 años que acude por fiebre de cuatro días de evolución, molestias abdominales difusas y malestar general. Historia clínica. Antecedentes personales: exfumador desde hace 9 años, Hipertensión, dislipemia. Angor Inestable sin lesiones en coronarias. Arteriopatía obliterante crónica. Anulación funcional renal izquierda. ERC grado III. Alergia a contrastes yodados. Anamnesis: cuadro de cuatro días de evolución consistente en náuseas, malestar general, fiebre de 38,4 °C, molestias difusas a nivel abdominal de predominio en flanco derecho e irradiadas a genitales, no hematuria. Buena diuresis. Exploración física: TA: 170/80 mmHg. FC: 80 lpm. Eupneico. No ingurgitación yugular. Auscultación cardio/pulmonar normal. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias. No irritación peritoneal. No masa pulsátil. Puñopercusión derecha dudosa. MMII: sin pulsos distales. Buena perfusión.

**Exploración y pruebas complementarias:** En analítica destaca plaquetopenia (82.000 plaquetas), creatinina 8,6 mg/dl. CK y LDH aumentada. Ligera hematuria. Iones en orina sin datos de prerrenalidad, con leve acidosis. Ecografía: no objetiva patología obstructiva. Eco-Doppler (no reglado de urgencia): Llama la atención que no se encuentra color de perfusión renal derecha. Posteriormente se realiza diagnóstico de confirmación mediante: gammagrafía renal. Arteriografía renal (previa desensibilización por alergia a contrastes yodados).

**Juicio clínico:** ¿En principio, posible cólico renal?.

**Diagnóstico diferencial:** El dolor de cólico renal suele ser de inicio súbito, unilateral y muy intenso. Se localiza en la fosa lumbar y se irradia característicamente siguiendo el trayecto ureteral hasta vejiga, genitales externos-cara interna del muslo. La sintomatología no urinaria más frecuente suele ser náuseas, vómitos y constipación por íleo reflejo. Puede existir febrícula. Al explorar al paciente, palparemos un abdomen blando, sin signos de peritonismo. El cólico renal en sus formas atípicas, puede simular afecciones. Renales: pielonefritis, embolia. Infarto renal. Genitales: torsión. Digestivas: apendicitis, obstrucción, diverticulitis, pancreatitis. Vasculares: disección o rotura de aneurisma de aorta abdominal. Neurológicas: lumbalgia.

**Comentario final:** Teniendo en cuenta antecedentes y cuadro clínico (dolor lumbar derecho, HTA) y analítica con deterioro de función renal, aumento de CK, LDH y hematuria, sospechamos una alta probabilidad de infarto renal derecho/trombosis de arteria renal derecha. La dificultad para el diagnóstico radica en su sospecha clínica, que es clara si coexisten factores de riesgo cardiovascular. En una situación no-clásica, el infarto renal debe de estar entre los diagnósticos diferenciales de los dolores lumbares, aunque es más habitual en pacientes con factores de riesgo cardiovascular como es nuestro caso.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Harrison Online. Principios de medicina interna.
2. Jiménez Murillo L, Motero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias.
3. Cólico renal: Revisión de la literatura y evidencia científica. Actas Urol Esp 2006;30(3):268-80.
4. El infarto renal en la valoración de los dolores lumbares. Arch Esp Urol. 2008;61:646-9.