



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1236 - SOY UNA MINA DE PIEDRAS

M. Moreno Alfaro^a, M. Moreno Alfaro^a, A. Sánchez de Toro Gironés^b, M. Rodríguez Márquez^c, C. Pérez Llanes^b, J. Sánchez Sánchez^d, B. Blanco Sánchez^e e I. Asunción Sola^e

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia.

^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Los Narejos. Murcia. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 23 años, natural de Argelia, con ITUs ocasionales y un par de episodios de cólicos renales al año, que en las últimas semanas han aumentado con expulsión de piedras a diario. Acude a nuestra consulta por episodio de dolor tipo cólico en FRI, irradiado a hemiabdomen ipsilateral siguiendo trayecto ureteral. Afebril, hematuria leve, sin síndrome miccional.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación en FII, sin signos de irritación peritoneal, peristaltismo conservado, sin masas ni megalias, PPRI positiva, pulsos femorales bilaterales conservados. Analítica sanguínea: Cr 0,90, K 3,9, Hb 15,1, leuc 9.700, Pla_q 379.000. Orina pH 5,5, sed 1-2 leuc/c y 1-2 hem/c. Resto normal. Urocultivo: negativo. Rx abdomen: imágenes de nefrocalcinosis bilateral, en trayecto ureteral izquierdo posible imagen de "calle litiásica", con imagen cálcica en trayecto de uréter sacro izquierdo de 8-9 mm. Ecografía: pirámides de ambos riñones ecogénicas con sombra acústica posterior, en relación con nefrocalcinosis medular. Hidronefrosis grado 2 izquierda con imagen litiásica de 6 mm en uréter distal izquierdo. TAC abdomen-pelvis: hidronefrosis grado 2 izquierda por litiasis de 6mm en uréter yuxtameatal izquierdo. Nefrocalcinosis medular bilateral. Pielografía: múltiples litiasis "calle litiásica" en uréter proximal con oclusión a 5 cm de unión pielocalicial por la litiasis más distal. No se consigue paso de contraste a uréter distal. Nefrostomía percutánea izquierda: múltiples litiasis en uréter proximal, con oclusión a 5 cm de la unión pielocalicial por la litiasis más distal.

Juicio clínico: Nefrocalcinosis bilateral con imagen de calle litiásica en uréter proximal izquierdo. Hidronefrosis grado 2.

Diagnóstico diferencial: Ectasias canaliculares precaliciales, acidosis tubulares crónicas, acidosis hiperclorémicas idiopáticas, glomerulonefritis crónicas, necrosis cortical, hiperparatiroidismo, sarcoidosis, mieloma, hipervitaminosis D, oxalosis, síndrome lactoalcalino, hipertiroidismo, síndrome de Cushing, hipercalcemias, lesiones inflamatorias crónicas, quistes y tumores.

Comentario final: Tras realización de nefrostomía evolucionó favorablemente. Se propuso

tratamiento endourológico dada la calle litiásica que presentaba en lado izquierdo. La nefrocalcinosis es una enfermedad renal donde se forman depósitos de calcio y oxalato o fosfato en túbulos renales e intersticios, provocando la disfunción renal. Dichos fragmentos se pueden desprender del riñón y proveer núcleos para formación de cálculos. Situación que ocasiona uropatía obstructiva, provocando insuficiencia renal si los cálculos obstructores no se evacúan a través de la orina o no son eliminados. Las causas más comunes son el hiperparatiroidismo primario, la hipercalciuria idiopática, la acidosis tubular distal tipo I y la enfermedad de Cacchi-Richi. Paciente pendiente de pruebas complementarias para filiar etiología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peces R. Steinstrasse due to distal renal tubular acidosis with sensorineural deafness. *Nephrol Dial Transplant.* 2014;15(8):1251-2.
2. Miller NL, Humphreys MR, Coe FL, Evan AP, Bledsoe SB, Handa SE, Lingeman JE. Nephrocalcinosis: re-defined in the era of endourology. *Urol Res.* 2010;38(6):421-7.