



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2014 - Trombosis renal

L. Gómez Román^a, I. Vicioso de los Santos^b y A.B. Callejas Romero^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería periférica. Almería. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nueva Andalucía. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 46 que acude a la consulta de su médico de familia por dolor de carácter cólico en mesogastrio y flanco derecho sin nauseas ni vómitos. Estreñimiento. No síndrome miccional. En sus antecedentes figuran: no alergias medicamentosas conocida. Dislipemia, fumador 10 cigarrillos al día. Hiperuricemia. Bebedor social. No tratamiento habitual. En la exploración física dolor a la palpación en mesogastrio y flanco derecho sin defensa abdominal. Blumberg y Murphy negativos, ruidos hidroaéreos conservados. Puño-percusión bilateral negativa. Se realiza combur test que resulta negativo, dada la exploración se descarta la presencia de abdomen agudo, se pauta metamizol 575 mg cada 8 horas si dolor y su médico lo cita al día siguiente para ver evolución. Al día siguiente el dolor se hace persistente, más intenso y localizado en FID. Fiebre 38 °C sin otros síntomas. A la exploración Blumberg es dudoso. Se decide remitir a Hospital de referencia para descartar apendicitis.

Exploración y pruebas complementarias: Bioquímica: glucosa 110 mg/dl, urea 38,70 mg/dl, bilirrubina y transaminasas normales, amilasa 31 U/L, iones normales. Hemograma: destaca leucocitosis (15.100) con 11,78% de neutrófilos. Plaquetas 208.000. Coagulación: normal excepto dímero D elevado (850 µg/L). Orina: proteínas 100 mg/dl, cuerpos cetónicos 60 mg/dl, 60 hematíes por campo. Radiografía simple de abdomen: normal. Ecografía abdominal: normal. TAC abdominal: litiasis renales bilaterales. En riñón derecho se observan extensas áreas de hipocaptación que afectan al parénquima medial. Se identifica engrosamiento con hiperdensidad de la luz de una arteria segmentaria de la arteria renal derecha, en el TAC con contraste existe un stop a este nivel. Hallazgos compatibles con infarto renal por trombosis arterial. Se inicia anticoagulación a dosis terapéuticas y se ingresa en urología. Durante su ingreso se realiza arteriografía en la que se visualizan infartos renales bilaterales de causa embólica. Tras fibrinólisis local con urocinasa el paciente presenta buena evolución y se remite de forma ambulatoria a cardiología donde se diagnostica de fibrilación auricular paroxística y estenosis mitral. Se decide anticoagulación oral.

Juicio clínico: Trombosis de arteria renal segmentaria derecha de causa embolígena.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda, diverticulitis, colecistitis, infección de tracto urinario.

Comentario final: La presencia de un dolor en fosa iliaca derecha junto con fiebre nos lleva a

sospechar en primer lugar procesos infecciosos como apendicitis, Diverticulitis o un absceso. Creemos que es importante conocer el infarto renal porque es conveniente descartarlo en todos los pacientes con factores de riesgo cardiovascular, es importante no asociar dolor en fosa iliaca derecha con apendicitis aguda para lo cual debemos hacer una buena anamnesis y exploración física y siempre debemos reevaluar al paciente y explicarle cuáles son los síntomas de alarma.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Cuenca A, González Tejedor D. El infarto renal. *Semergen*. 2006;32(2).
2. De Pablo Cárdenas A, Pinós Paul MA, Jiménez Aristu JI, et al. *Arch. Esp. Urol*. 2002;55:1273-76.
3. Enfermedad vascular renal. *The University of Chicago medicine*.