



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/2595 - DOLOR ABDOMINAL SÚBITO

R. Montiel Argáiz<sup>1</sup>, E. Sarmiento Acosta<sup>2</sup> y S. Velilla Zancada<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Calahorra. La Rioja. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. La Rioja. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 36 años sin antecedentes de interés valorado en urgencias hospitalarias por dolor súbito en flanco derecho. A las 24 h fue reevaluado en Atención Primaria por persistencia de dolor a pesar de paracetamol, metamizol y dexketoprofeno. No asociaba fiebre, clínica digestiva ni miccional. Tras la exploración, se pautó metamizol y buscapina intramuscular, y se recomendó acudir de nuevo a urgencias si no cedía.

**Exploración y pruebas complementarias:** PA 140/90 mmHg, FC 50 lpm, SatO<sub>2</sub> 99%, afebril. Muy afectado. Auscultaciones cardíaca y pulmonar normales. Abdomen doloroso en flanco derecho, sin signos de irritación peritoneal, peristaltismo disminuido y puñopercusión renal negativa. Tira de orina con hematuria. En urgencias hospitalarias se realizó analítica inicial, destacando elevación de LDH, leucocitosis y hematuria. Ante la persistencia del dolor se realizó ecografía y TAC abdominal, detectando imagen sugestiva de infarto renal. En la analítica de ingreso presentaba elevación de proteína C reactiva, anemia normocítica y elevación del factor VIII (normalizándose tras episodio agudo). El estudio etiológico con autoinmunidad, serologías, cultivos, hipercoagulabilidad, Holter, ecocardiografía, angioresonancia y eco-Doppler fueron normales.

**Orientación diagnóstica:** Ante un dolor abdominal en flanco derecho con hematuria, se sospechó un cólico renal. Dada la mala evolución se requirió ampliar el estudio, llegando al diagnóstico de infarto renal.

**Diagnóstico diferencial:** Cólico renal, pielonefritis, estreñimiento.

**Comentario final:** La incidencia del infarto renal es de 0,7-1,4%. Su causa más frecuente es el embolismo de origen cardíaco por fibrilación auricular. Otras causas pueden ser trombosis, disección de arteria renal, o hipercoagulabilidad. Es idiopático en el 29-59%. Cursa con dolor repentino en flanco o lumbar, que puede acompañarse de náuseas, vómitos y fiebre. Requiere diagnóstico diferencial con nefrolitiasis, pielonefritis o patología gastrointestinal. En analítica destacan la elevación de LDH y creatinina, leucocitosis, hematuria y proteinuria. Ante la sospecha, se debe solicitar TAC con contraste para confirmación. Su tratamiento es con anticoagulantes o fibrinolíticos.

### Bibliografía

1. Caravaca-Fontán F, Pampa Saico S, Elías Triviño S, Galeano Álvarez C, Gomis Couto A, Pecharromán de las Heras I, et al. Infarto renal agudo: características clínicas y factores pronósticos. *Nefrología*. 2016;36:141-8.
2. Markabawi D, Singh-Gambhir H. Acute renal infarction: A diagnostic challenge. *Am J Emerg Med*. 2018;36:1325.

**Palabras clave:** Dolor abdominal. Infarto renal.