

Infarto renal agudo

Bernat de Pablo Márquez^{a,*}, María Alejandra Castro Rodríguez^b y Miriam Zambrana Segalés^c

^aMédico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Valldoreix. Sant Cugat del Vallés. Barcelona. España.

^bMédico residente en Medicina Interna. Hospital Universitari Mútua Terrassa. Terrassa. Barcelona. España.

^cMédico residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitari Mútua Terrassa. Terrassa. Barcelona. España.

*Correo electrónico: bernatdepablo@gmail.com

Cuestiones para recordar

- El infarto renal es una patología frecuentemente confundida con el cólico nefrítico. Una buena anamnesis y exploración física permite realizar un correcto diagnóstico diferencial.
- Se debe sospechar infarto renal en todo paciente con la tríada de dolor lumbar, factores de riesgo para embolia o trombosis, que presente dolor lumbar y elevación de la LDH.
- Ante un paciente con dolor lumbar hay que informar siempre de los síntomas de alarma para reconsultar: persistencia de dolor o aumento de la intensidad, fiebre u oliguria.
- La prueba diagnóstica de referencia para el diagnóstico de infarto renal es la tomografía axial computarizada con contraste.
- La endocarditis infecciosa es una causa de infarto renal.
- Debemos sospechar e investigar endocarditis infecciosa en pacientes con fiebre y lesión cardíaca predisponente, bacteriemia, fenómeno embólico o evidencia de un proceso endocárdico activo.

Palabras clave: Riñón • Infarto • Endocarditis.

Caso clínico

Paciente de 37 años que consulta en su centro de atención primaria por dolor lumbar izquierdo, de características cólicas y de aparición brusca unas horas antes.

Se trataba de una paciente fumadora de 1 paquete/año, sin antecedentes patológicos relevantes.

La exploración física mostró una paciente con regular estado general por el dolor (escala visual analógica [EVA] 8/10), afebril, con frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto y tensión arterial de 125/80 mmHg, el abdomen era blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal, y la puñopercusión lumbar izquierda resultó positiva. La exploración de la columna lumbar resultó normal, con un balance articular completo y la palpación de apófisis espinosas no dolorosa.

Se realizó tira reactiva de orina que mostró hemátías.

Ante la sospecha de cólico nefrítico se administró dextropropofeno y paracetamol por vía endovenosa. La paciente no mostró ninguna mejoría (persistencia de EVA 8/10), por lo que fue derivada a centro hospitalario para realizar exploraciones complementarias.

A la llegada a urgencias se realizó analítica general que mostró leucocitosis leve y creatinina de 1,08 (filtrado glomerular estimado 58 mL/min). Se administró analgesia con cloruro mórfico, con leve disminución del dolor (EVA 6/10).

Ante la sospecha de posible cólico renal complicado se solicitó tomografía computarizada abdominal con contraste endovenoso (fig. 1). La exploración mostró en riñón izquierdo un área hipodensa de morfología triangular y base periférica y vértice dirigido hacia el hilio compatible con infarto renal.

Ante dicho hallazgo se reinterrogó a la paciente, que explicó que 3 semanas antes había presentado cuadro de odinofagia que fue orientada como amigdalitis aguda y tratada con amoxicilina/clavulánico. Se reexploró a la paciente, y se evidenciaron hemorragias en astilla subungueales (fig. 2) y petequias en el pulpejo de los dedos de las manos. Se solicitó electrocardiograma, que resultó normal, y nueva analítica con LDH y dímero D de fibrina que resultaron elevados. Se inició tratamiento con heparina sódica y pauta analgésica, se inició control estricto de diuresis y se ingresó a la paciente para estudio.

En estudio de extensión, la paciente fue diagnosticada de endocarditis aórtica sobre válvula nativa. Se recogieron he-

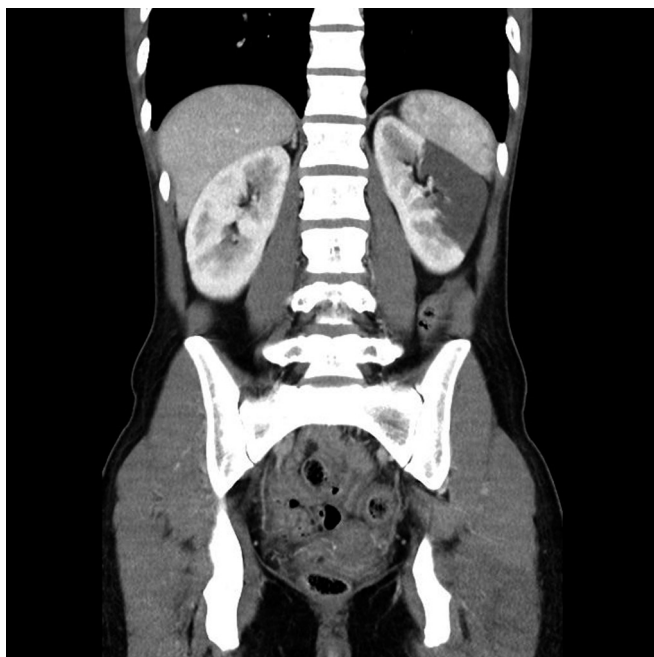


Figura 1. Tomografía computarizada toracoabdominal. Corte coronal. En riñón izquierdo se observa un área hipodensa de morfología triangular y base periférica y vértice dirigido hacia el hilio compatible con infarto renal.



Figura 2. Hemorragias en astilla subungueales.

nocultivos seriados y se inició antibioticoterapia empírica con ceftriaxona, ampicilina y cloxacilina. Ante la negatividad de los hemocultivos y resto de estudio microbiológico (serologías), se retiró la cloxacilina a los 7 días, y se mantuvo la ampicilina hasta completar 2 semanas y la ceftriaxona hasta completar 4 semanas.

Infarto renal

El infarto renal se debe a una oclusión de la arteria renal principal o alguna de sus ramas, bien secundaria a embolia, bien a trombosis vascular.

Es una patología cuya frecuencia real se desconoce, ya que por lo general no se sospecha y se llega a su diagnóstico por exclusión, demorándose hasta 24-48 h. En un estudio realizado por Hoxie en 1940 se presentaron 14 000 estudios necrópsicos donde se hallaron 205 (1,4%) casos de infartos renales. De los 205, solo 2 habían sido diagnosticados *ante mortem*¹.

Se debe sospechar esta patología en pacientes con dolor lumbar y factores de riesgo de patología embolígena o trombótica (tabla 1). La etiología embolígena, principalmente secundaria a fibrilación auricular, es la más frecuente².

La forma de presentación clínica es variable e inespecífica; la más frecuente es un dolor abdominal difuso, localizado en flanco o en fosa renal. Se puede acompañar de náuseas, vómitos, fiebre, hipertensión arterial, hematuria y oligoanuria. Esta clínica nos obliga a realizar diagnóstico diferencial con otras patologías como el cólico renal (patología por la que se confunde más frecuentemente), la pielonefritis, la isquemia intestinal, la colecistitis y la pancreatitis. En la tabla 2 presentamos el diagnóstico diferencial del dolor lumbar².

Cuando la oclusión es progresiva (generalmente por arterioesclerosis) puede ser asintomático. Tras el infarto se pro-

TABLA 1. Factores de riesgo para infarto renal

Factores de riesgo de embolia

Fibrilación auricular
Valvulopatías
Infarto previo
Trombos en aurícula
Aurícula dilatada
Aneurismas ventriculares
Endocarditis infecciosa

Factores de riesgo trombóticos

Antecedentes de cardiopatía isquémica
Accidente cerebrovascular
Isquemia en miembros inferiores
Arterioesclerosis
Factores de riesgo cardiovascular: diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, tabaquismo

Alteraciones de la coagulación

Síndrome antifosfolípido
Enfermedad por células falciformes
Hiperhomocistinemia
Trombofilia

Iatrogenia

Recambio valvular
Trasplante renal
Resección tumores renales

Enfermedades autoinmunes

Poliarteritis nudosa
Lupus eritematoso sistémico
Enfermedad de Behçet
Vasculitis

Traumatismo

Enfermedades hereditarias (Marfan, Ehler Danlos)

Aneurisma de aorta o de arteria renal

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5679319>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5679319>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)