Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):1426

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-168 - CAUSAS DE CÓLICO NEFRÍTICO NO EXPULSIVO

M. Hernández-Contreras, M. Navarro Rodríguez, M. Martín Romero, V. Rosa Salazar, J. Ruipérez Ruiz, M. García Méndez, M. Torres Roca, B. García Pérez

Unidad de Corta Estancia. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Resumen

Objetivos: Los cólicos nefríticos son causas habituales de ingreso en Unidades de Corta Estancia. Su etiología no siempre es litiásica, por lo que es crucial establecer un correcto planteamiento del paciente para poder llegar a un diagnóstico correcto y así establecer un tratamiento adecuado.

Métodos: Analizamos cinco casos clínicos de pacientes ingresados a Unidad de Corta Estancia (Servicio de Medicina Interna, H.U.V.A.) con diagnóstico común de cólico renal, realizando un análisis de sus respectivas características epidemiológicas y clínicas, diagnóstico definitivo, curso evolutivo y tratamiento.

Resultados: Caso 1: mujer de 35 años. Antecedente de cólicos nefríticos no expulsivos. Consulta por dolor en fosa renal derecha y síndrome miccional sin fiebre. Ecografía: dilatación pieloureteral derecha. UIV: estenosis a nivel distal de uréter derecho con dilatación pieloureteral por inserción anómala de vena ovárica derecha. Pendiente de resolución quirúrgica. Caso 2: mujer de 37 años. Antecedente de cólicos nefríticos derechos, no expulsivos. Acude por dolor lumbar refractario a analgesia convencional, nauseas, vómitos y hematuria microscópica. Ecografía: hidronefrosis grado II sin causa obstructiva. TC con contraste: conglomerado adenopático retroperitoneal. Masa hipodensa en polo inferior de riñón derecho. PAAF: carcinoma de células renales. Tratamiento: nefrectomía radical y terapia oncológica. CASO 3: Varón de 44 años. Antecedente de traumatismo sobre costado izquierdo reciente. Consulta por dolor en hipocondrio izquierdo de inicio súbito y hematuria. LDH elevada. TC abdominal: Obstrucción de arteria renal izquierda con infarto renal y amputación aneurismática (fig. 1) Posible rotura traumática de aneurisma previo. Tratamiento: conservador. Caso 4: mujer de 26 años. Múltiples consultas previas por cólicos nefríticos no expulsivos. Clínica de dolor en flanco izquierdo y hematuria. Diagnóstico por TAC de síndrome del cascanueces. Tratamiento: stent a vena renal izquierda. Caso 5: varón de 50 años. Monorreno funcional. Consulta por cólico nefrítico derecho. En ecografía se identifica hidronefrosis grado II sin causa obstructiva. Se completa estudio con UIV, TC (fig. 2) y gammagrafía renal con renograma. Diagnóstico de uréter retrocavo obstructivo. Tratamiento: transposición ureteral laparoscópica.

Figura 1.

Figura 2.

Discusión: La crisis renoureteral supone el 30-40% de las urgencias urológicas hospitalarias. Su etiología más frecuente es la litiasis urinaria (90% de los casos), sin embargo cualquier entidad que ocasione obstrucción de la vía urinaria puede producirlo: Lesiones vasculares (síndrome de vena ovárica, uréter retrocavo, aneurisma), procesos del aparato genital femenino y del retroperitoneo, coágulos, procesos inflamatorios, tuberculosis, tumores uroteliales, etc. Estos casos clínicos ilustran algunas de estas etiologías atípicas.

Conclusiones: Es importante una correcta orientación diagnóstica de los pacientes con cólicos renales, sobre todo en aquellos casos recidivantes y/o refractarios a tratamiento en los que no se identifica litiasis. Por eso es esencial la actuación del clínico para llegar a un correcto diagnóstico y a un tratamiento precoz y adecuado.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.