

## Introducción:

Interrupción aguda del flujo sanguíneo arterial renal<sup>1</sup>. Patología muy rara, incidencia del 0,007-1,4%<sup>1</sup>, subdiagnosticada<sup>2</sup>, se presenta principalmente como dolor en flanco del lado afectado<sup>1</sup>, se diagnostica con Tomografía Computada de Abdomen con contraste (TCAC)<sup>1</sup>. Debido a la posibilidad de evolucionar en falla renal<sup>2</sup> y de aumentar el riesgo de eventos tromboembólicos en otros órganos debe ser siempre considerada como diagnóstico diferencial<sup>3</sup>.

## Presentación del escenario clínico:

Hombre, 39 años, antecedente hernia umbilical operada hace 2 meses y politraumatismo hace 4 años, consulta por cuadro de dolor abdominal en flanco derecho de 10 horas de evolución e inicio súbito, irradiado al dorso y asociado a náuseas y vómitos.

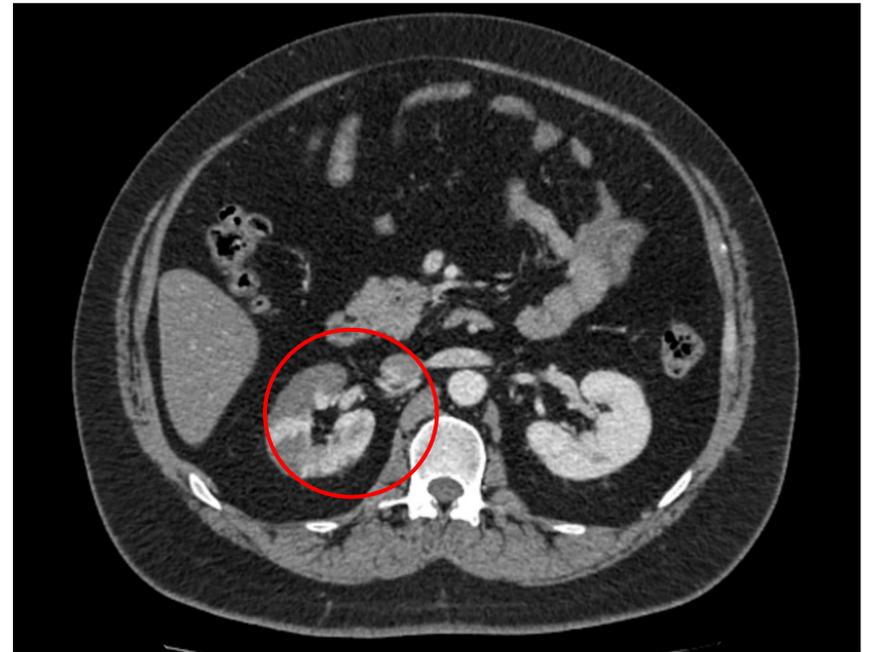
**Pregunta clínica:** ¿En pacientes con dolor abdominal en flancos se debe plantear el infarto renal como uno de los diagnósticos principales?

## Abordaje metodológico:

Examen físico: Abdomen blando y depresible, dolor leve en flanco derecho, carácter opresivo, puño percusión positiva, sin signos de irritación peritoneal. Se realiza TCAC que informa alteración en captación de contraste en polo inferior del riñón derecho sugerente de lesión isquémica. Laboratorio: Dímero D 804ng/mL, Leucocitos  $16 \times 10^3 \text{mm}^3$  y Fibrinógeno 492ng/dL, resto, incluyendo función renal, sin alteraciones. Debido a clínica característica y a exámenes compatibles, se diagnostica infarto renal. Se trata con Heparina no fraccionada 25000 Unidades Internacionales/día y Acenocumarol 4mg/día.

## Resolución del caso:

Sintomatología desaparece, alta con mantención de Acenocumarol.



**Figura 1:** Tomografía Computada de Abdomen con contraste (TCAC) realizada a paciente durante hospitalización. Informa alteración en captación de contraste en polo inferior del riñón derecho sugerente de lesión isquémica.

## Discusión y conclusiones:

Si bien esta patología posee una muy baja incidencia<sup>1</sup> y además su clínica es inespecífica, existe un alto riesgo de evolucionar en falla renal<sup>2</sup> además de aumentar el riesgo de eventos tromboembólicos en otros órganos lo cual aumenta la morbimortalidad de los pacientes<sup>3</sup>, debido a esto, es importante considerarla dentro de los diagnósticos diferenciales de dolor en flancos. Se debe preguntar además por antecedentes predisponentes para trombosis como la cirugía reciente y considerar el uso de imagenología de rutina<sup>1</sup> para debatir el desafío diagnóstico.

## Palabras clave:

infarto renal, falla renal, abdomen agudo.

## Bibliografía

1. Pizzarossa AC, Mérola V. Etiología del infarto renal. Revisión sistemática de 1.582 casos de la literatura. Rev Med Chil. 2019;147(7):891–900.
2. 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(2):141–8.
3. Bourgault M, Grimbert P, Verret C, Pourrat J, Herody M, Halimi JM, et al. Acute renal infarction: A case series. Clin J Am Soc Nephrol. 2013;8(3):392–8.