

Nombre:	Xenia
Apellido:	Codó
Otros Autores:	José Luis Abades
E-mail:	xecota90@gmail.com
Hospital:	Hospital San Pedro
Ciudad:	Logroño
Título:	Infarto renal: una causa rara de dolor agudo en flanco y la importancia de un diagnóstico precoz
Presentación:	<p>Mujer de 73 años monorrena izquierda con FRCV. Presenta dolor en flanco izquierdo de 24h de evolución, fiebre, leucocitosis y microhematuria. Ante la sospecha de pielonefritis ingresa y su función rena empeora (creatinina 3mg/dL). En la ecografía, el riñón izquierdo es hipertrófico compensador. Los registros doppler venosos y arteriales son normales en el hilio e intraparenquimatosos (varias mediciones en polo superior, inferior y tercio medio) con señal doppler color homogénea. En la TCMD sin contraste únicamente destaca discreta rarefacción de la grasa perirrenal. A pesar de no demostrarse alteraciones en la perfusión renal con la ecografía doppler, se sospecha de infarto renal por una elevación de la LDH y la elevación de la creatinina en analítica por lo que se realiza una arteriografía observando defectos de repleción en varias arterias intraparenquimatosas, compatibles con émbolos. Hallazgos que confirman el diagnóstico de infarto renal. El paciente se trata con dosis terapéuticas de HBPM, pese a ello evoluciona con deterioro progresivo de función renal, precisando diálisis.</p>
Discusión :	<p>El infarto renal es un proceso grave e infradiagnosticado, presentándose como un dolor agudo en flanco con hematuria, proteinuria, fiebre o leucocitosis(1). La TA y el LDH están elevados(2)(3). Las principales causas son tromboembolismo por trombos en cavidades cardíacas o arterioesclerosis. Los datos clínico-analíticos inespecíficos puede llevar a un diagnóstico inicial erróneo (cólico renal, pielonefritis, isquemia mesentérica) y retrasar la introducción del tratamiento(4); haciendo el diagnóstico radiológico fundamental. En la TCMD con contraste intravenoso en fase corticomedular, los infartos aparecen como defectos segmentarios/difusos en el parénquima renal(5). Sin contraste intravenoso los hallazgos son inespecíficos(4). La ecografía tiene baja sensibilidad (en una serie de casos fue diagnóstica en el 11% de los casos(4)) dado que ecográficamente se realiza un registro de algunas arterias intraparenquimatosas, no evaluando la totalidad de ellas. La arteriografía, a pesar de ser una técnica invasiva, es la prueba de referencia dado su elevada sensibilidad en el diagnóstico(4) y puede ser terapéutico en el mismo proceso(6)(7).</p>
Conclusión:	<p>Ante una elevada sospecha clínica de infarto renal y registros Doppler ecográficos normales, se debe realizar otras pruebas radiológicas como la TCMD con contraste intravenoso y/o arteriografía; siendo ésta la de referencia dado que es diagnóstico y terapéutica en el mismo acto. Un diagnóstico precoz asegura un</p>

	mejor pronóstico.
Bibliografía:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kawashima A, Sandler CM, Ernst RD, Tamm EP, Goldman SM, Fishman EK. CT evaluation of renovascular disease 1. Radiographics. 2000;20(5):1321–1340. 2. Paris B, Bobrie G, Rossignol P, Le Coz S, Chedid A, Plouin P-F. Blood pressure and renal outcomes in patients with kidney infarction and hypertension. J Hypertens. 2006;24(8):1649–1654. 3. London IL, Hoffsten P, Perkoff GT, Pennington TG. RENAL INFARCTION: Elevation of Serum and Urinary Lactic Dehydrogenase (LDH). Arch Intern Med. 1968 Jan 1;121(1):87–90. 4. Hazanov N, Somin M, Attali M, Beilinson N, Thaler M, Mouallem M, et al. Acute Renal Embolism: Forty-Four Cases of Renal Infarction in Patients With Atrial Fibrillation. Medicine (Baltimore). 2004 Sep;83(5):292–9. 5. Urban BA, Fishman EK. Tailored Helical CT Evaluation of Acute Abdomen 1: (CME available in print version and on RSNA Link). Radiographics. 2000;20(3):725–749. 6. Lopez V, Glauser J. A case of renal artery thrombosis with renal infarction. J Emerg Trauma Shock. 2010;3(3):302. 7. Robinson S, Nichols D, MacLeod A, Duncan J. Acute Renal Artery Embolism: A Case Report and Brief Literature Review. Ann Vasc Surg. 2008 Jan;22(1):145–7.
Pie de foto:	<p>A) Ecografía Doppler renal. Demuestra un registro normal de una arteria intraparenquimatoso con un índice de resistencia en los límites altos de la normalidad. Se hicieron varios registros a nivel del hilio, polo superior, inferior y tercio medio. B) Arteriografía selectiva de arteria renal izquierda. Se observan varios defectos de repleción en arterias segmentarias e interlobulares, compatibles con émbolos (flecha naranja).</p>