

María Luisa	Nombre:
Collado Torres	Apellido:
I. Hernández Delgado, C. Cortés León, M. R. Torres Navarro, T. Fontanilla Echeveste.	Otros Autores:
<a href="mailto:marisact90@hotmail.com">marisact90@hotmail.com</a>	E-mail:
Hospital Universitario Puerta de Hierro- Majadahonda.	Hospital:
Madrid	Ciudad:
El cólico renoureteral como dilema diagnóstico.	Título:
Mujer de 58 años que acude a urgencias por dolor en fosa renal derecha que no remite con analgesia. No antecedentes de interés. Elevación progresiva de los valores sanguíneos de creatinina, aunque no en rangos alarmantes. Con la sospecha clínica de cólico renoureteral complicado nos solicitan ecografía de aparato urinario urgente. Hallazgos ecográficos: Ausencia de litiasis. Vía urinaria no dilatada. Tras somero estudio Doppler color, muy dificultado por mala ventana acústica, existe dudoso defecto de repleción en venas renales. Líquido libre perihepático y pelvis. Ante los hallazgos se amplía estudio realizando TC abminopélvico con CIV urgente. Existen defectos de repleción en ambas venas renales, además de en vena ovárica izquierda en relación con trombosis. Retraso en la captación de contraste a nivel cortical renal bilateral y líquido libre (ver pies de foto) como datos funcionales e inflamatorios asociados.	Presentación:
<p>La trombosis de la vena renal en adultos sanos es una entidad infrecuente. Se define como la formación de un trombo en la vena principal o sus ramas. Puede presentarse como dolor en flanco, hematuria y deterioro de la función renal, por lo que el diagnóstico diferencial es amplio. Es fundamental el diagnóstico correcto por las posibles complicaciones (TEP en el 50%) y opciones de tratamiento (anticoagulación-fibrinólisis).</p> <p>Reflexión docente:</p> <p>La ausencia de los resultados ecográficos esperados para CRU y la presencia de signos de alarma nos indujeron a reorientar la sospecha diagnóstica y ampliar el estudio.</p> <p>Queremos destacar la utilidad de identificar hallazgos ecográficos de alarma, así como la necesidad y la importancia de que el radiólogo realice una nueva orientación clínica del paciente a la vista de los hallazgos.</p>	Discusión :
Ante la presencia de disociación clínico radiológica en la ecografía inicial y el empeoramiento del paciente en el contexto urgente puede resultar útil la ampliación de estudio para un abordaje rápido y un diagnóstico certero.	Conclusión:
<p>Wang et al. BMC Urology (2015) 15-61.</p> <p>Salih SB, Al Durihim H, Al Jizeeri A, Al Maziad G. Acute renal infarction secondary to atrial fibrillation - mimicking renal stone picture. Saudi J Kidney</p>	Bibliografía:

Dis Transpl. 2006;17(2):208-12.

Imagen 1. Ecografía abdominal con sonda de 4MHz. Se visualiza líquido libre perihepático (flecha amarilla). Fosa renal derecha con mala ventana acústica. Imagen 2. TC, reconstrucción MPR coronal. Líquido libre en pelvis, gotiera paracólica derecha y perihepático Imagen 3. TC de abdomen con contraste endovenoso (fase venosa). Defecto de repleción en el interior de la vena ovárica izquierda, aumentada de calibre, (flecha amarilla) compatible con trombosis venosa aguda. Imagen 4. TC de abdomen con contraste endovenoso (fase venosa). Asimetría en el tamaño renal y trabeculación de la grasa perirrenal derecha. Extensos defectos de repleción de baja atenuación en ambas venas renales con aumento de calibre que confirman la trombosis.

Pie de foto: