

Infarto renal izquierdo. Descripción de un caso clínico

Left renal infarction. Description of a clinical case

José Alberto Hermida Pérez^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-9694-5268>

Cleida Echemendía Delgado² <https://orcid.org/0000-0001-6134-0824>

Belkys Jiménez Vila³ <https://orcid.org/0000-0002-1746-8190>

¹Servicio de Urología Hospital Universitario de La Palma. Santa Cruz de Tenerife, España.

²Centro de Salud de El Puerto. Las Palmas de Gran Canaria, España.

³Centro de Salud de Miller Bajo. Las Palmas de Gran Canaria, España.

*Autor para la correspondencia: hermidana@yahoo.es

Recibido: 03/05/2022, Aceptado: 20/07/2022

Exposición del caso

Varón de 41 años que acudió a urgencias por dolor en el flanco izquierdo y la fosa lumbar izquierda, náuseas y temperatura corporal de 37 °C. En la exploración física se detectó dolor a la palpación en el flanco, la fosa renal y positivo el puño percusión renal izquierdo. El examen de laboratorio mostró la creatinina en 1,08 mg/dl, la proteína C reactiva en 13,67mg/dl, los leucocitos con un valor de 21,9 y la lactato deshidrogenasa en 415 U/L. El sistemático de orina reveló la uri hemoglobina en 250, los uri leucocitos en 100 y las proteínas con un valor de 50.

Se realizó tomografía computarizada (TC) de abdomen superior y pelvis, sin y con contraste ([fig. 1 A](#)). La TC mostró los suprarrenales y el riñón derecho sin alteraciones. En el riñón izquierdo (RI) persistieron las captaciones heterogéneas del contraste en la convexidad polar superior y media, con zonas hipocaptantes de morfología triangular sugestivas de infartos renales. La vena renal se observó permeable. A pesar de tratarse de un estudio realizado en fase venosa, se objetivó unafilamiento con paso filiforme de contraste, con hipodensidad circunferencial sin calcificaciones ateromatosas. Tal

situación condicionó una estenosis significativa (superior al 70 %) y se originó a unos 22 mm del *ostium* de salida de la arteria renal izquierda principal. Esta arteria polar inferior accesoria, izquierda y permeable se originó directamente de la aorta abdominal e irrigó el tercio caudal del riñón, el cual no presentó alteraciones tomográficas significativas.

El paciente fue remitido a un hospital de referencia para realizar la arteriografía renal y valorar el tratamiento intervencionista, la angioplastia de la arteria renal izquierda.

Se realizó la arteriografía de las dos arterias renales izquierdas (fig. 1 B), que informó un acceso por la arteria femoral común derecha. Hubo un bucle no significativo en la rama superior de la arteria renal. En la rama inferior no se observaron hallazgos relevantes. Se decidió realizar la angioplastia de la rama superior de la arteria renal izquierda. La evolución posintervención fue favorable, por lo que se le dio el alta. No hicimos el seguimiento, ya que se trasladó a otra provincia.

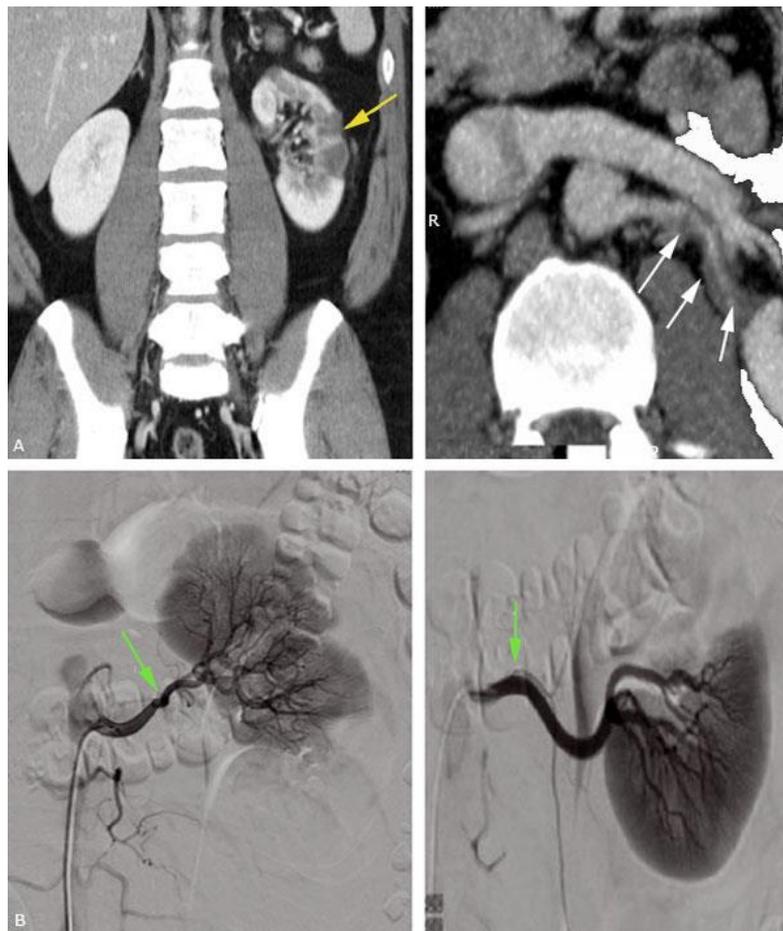


Fig. 1 - Uro Angio TC: A. En el riñón izquierdo se observan captaciones heterogéneas del contraste, con zonas hipocaptantes de morfología triangular sugestivas de infartos renales (flecha amarilla). También se puede observar un afilamiento con paso filiforme de contraste, condicionando una estenosis significativa (superior al 70 %) (flechas blancas). Arteriografía renal izquierda: B. Hay un bucle no significativo en la rama superior de la

arteria renal (flecha verde, lado izquierdo). Arteria polar inferior accesoria, izquierda y permeable, que irriga el tercio caudal del riñón, el cual no presenta alteraciones tomográficas significativas (flecha verde, lado derecho).

Comentario

El infarto renal es una condición clínica, causada por la oclusión de la arteria renal, y conduce a un daño permanente del parénquima renal.

Sus causas pueden ser variadas. Una de ellas es la trombosis, que afecta la arteria renal principal y se produce por los traumatismos penetrantes y no penetrantes, los iatrógenos, la aterosclerosis, la displasia fibrosa, la policitemia vera y la patología inflamatoria arterial (sífilis, poliarteritis, tromboangeitis). Otra de las causas es la embolia, que afecta las arterias renales periféricas: la fibrilación auricular, la endocarditis, el tumor cardíaco, el infarto cardíaco, la aneurisma ventricular, la cirugía cardíaca y la aneurisma sacular.

Clínicamente el infarto renal puede cursar de forma asintomática. Con frecuencia comienza con un dolor profundo y repentino en el flanco o la fosa renal, náuseas y vómitos, por lo que en un principio se diagnostica cólico renal. También puede haber fiebre, hipertensión (por liberación de renina), albuminuria, hematuria, leucocitosis, aumento de LDH (la más específica, pudiendo aumentar hasta 5 veces su valor en un período de 24 a 48 horas), hipertransaminasemia y oliguria.

Dentro de los exámenes complementarios útiles para el diagnóstico tenemos la ecografía renal, la ecografía Doppler que nos informa acerca de la ausencia de flujo en la arteria renal afectada, la TC que muestra zonas hipocaptantes de morfología triangular, como elafilamiento de la arteria afectada con paso filiforme de contraste y las calcificaciones ateromatosas que condicionan la estenosis de determinados grados, longitud y origen. Otra de las pruebas diagnósticas es la gammagrafía renal con ^{99m}Tc-ácido dimercaptosuccínico, que muestra los defectos corticales en las zonas infartadas. El diagnóstico se establece de forma definitiva mediante arteriografía renal selectiva intervencionista. De esta forma, además, se realizan los tratamientos que procedan: la tromboembolectomía, trombólisis intrarterial, angioplastia, colocación de stent endovascular y cirugía.^(1,2)

Referencias bibliográficas

1. Eren Z, Koyuncu H. Infarto renal en un hombre joven. *Balkan Med J.* 2019 [acceso 16/04/2022];36(5):290-1. Disponible en: http://www.balkanmedicaljournal.org/uploads/pdf/pdf_BMJ_2095.pdf
2. Eren N, Gungor O, Kocyigit I, Guzel FB, Erken E, Altunoren O, *et al.* Infarto renal agudo en Turquía: revisión de 121 casos. *Int Urol Nephrol.* 2018;50(11):2067-72. DOI: [10.1007/s11255-018-1979-6](https://doi.org/10.1007/s11255-018-1979-6)

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.