

Diálisis y Trasplante

CASO CLÍNICO

Infarto renal en rama distal de arteria principal renal izquierda de causa desconocida en chico de 15 años. Presentación de un caso

Elena Borrego García¹, María Peña Ortega², Carlos Alberto Mañero Rodríguez³

1-3, Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Palabras Clave

infarto renal, arteria principal renal izquierda, dolor abdominal.

Resumen

El infarto renal en el niño es una entidad poco descrita. Se desconocen exactamente la incidencia y causas. Alcanzar el diagnóstico no es fácil pues no presenta una sintomatología patognomónica. Tampoco está claro el proceder desde el punto de vista del tratamiento. Suele acontecer en personas de edad media-avanzada y normalmente en el contexto de procedimientos invasivos diagnósticos-terapéuticos, entre otros.

Presentamos el caso de un chico de 15 años sin antecedentes personales ni familiares de interés y con diagnóstico final de fallo renal por infarto en localización atípica (rama distal de arteria renal principal izquierda).

Renal infarction in distal branch of left main renal artery of unknown cause in a boy of 15 years. Presentation of a case.

Keywords

renal infarction, left main renal artery, abdominal pain.

Abstract

Kidney infarction in children is a poorly described entity. The incidence and causes are not exactly known. The diagnosis is not easy because it does not present pathognomonic symptoms. It is also unclear how to proceed from the point of view of treatment. It usually occurs in people of middle-advanced age and normally in the context of invasive diagnostic-therapeutic procedures, among others.

We present the case of a 15-year-old boy with no personal or family history of interest and with a final diagnosis of renal failure due to infarction in an atypical location (distal branch of the left main renal artery).

Introducción

El infarto renal agudo es una patología poco frecuente de fallo renal que suele acontecer en pacientes de edad media y avanzada en el contexto de embolismo renal de origen cardiaco (causa más común, la fibrilación auricular), trombosis de arterias renales por lesiones tras procedimientos diagnósticos-terapéuticos o traumáticos, por disección de arteria renal, trombosis por estado de hipercoagulabilidad o displasia fibromuscular. Se estima que entre un 29-59% de los casos no se puede determinar la causa. Son pocos los estudios actuales acerca de esta entidad¹⁻³.

Es desconocida la incidencia de este proceso en la población pediátrica. Se han publicado casos secundarios a infección por varicela, hongos en pacientes inmunodeprimidos, *mycoplasma pneumoniae*, en contexto de lupus y poliarteritis nodosa⁴⁻⁷.

Caso clínico:

Presentamos el caso de un chico de 15 años con infarto renal de localización poco frecuente y causa desconocida.

Varón de 15 años sin antecedentes personales de interés, salvo sobrepeso y paternos de trombosis. Acude a urgencias por cuadro de tres días de evolución de dolor abdominal con predominio en fosa iliaca izquierda, vómitos biliosos y fiebre de hasta 38°C. Niega síndrome miccional ni disminución de la diuresis ni otra sintomatología. A la exploración, tensión arterial 141/77mmHg, temperatura 38.2°C, dolor abdominal generalizado con defensa en fosa iliaca izquierda y puño percusión ipsilateral positiva. Ruidos hidroaéreos conservados. No edemas en miembros inferiores ni otros hallazgos.

En analítica destacaba, creatinina 1.69mg/dl, urea 48mg/dl, LDH 2022 u/l, PCR 184.6mg/dl, leucocitosis 17.080 (neutrófilos 89.6%), Hb 13.3gr/dl. Analítica de orina, hemocultivos y urocultivos, electrocardiograma, frotis sangre periférica y gasometría, normales. Se realizan ecografía y TAC abdominal sin contraste, ambas informadas como normales. Ante la no mejoría clínica se amplía estudio con Eco-doppler renal, describiéndose marcados defectos de perfusión en arterial renal principal izquierda, hallazgos compatibles con infarto renal izquierdo. Se complementa exploración con angio-TAC (Imagen 1) donde se observa repleción del material de contraste en relación con trombosis distal en rama distal de arteria renal principal izquierda. Defectos de captación parenquimatosos sugerentes de infartos renales (más llamativo en tercio superior).

Resto de pruebas complementarias; analítica con autoinmunidad (anti cuerpos anti DNA, ANA, ANCA, C3, C4, anti MPO, anti PRO, anti b2 glicoproteínas, anti cardiolipinas), coagulación (proteína C, S, ATIII, alfa-2-antiplasmina y plasminógeno), metabolismo calcio/fósforo, estudio de tóxicos en orina y coprocultivos, normales. Estudio genético de trombofilia (gen de la protrombina, gen factor V Leiden, gen MTHFR, gen factor XII) sin hallazgos patológicos. Estudio del gen Jak-2, despistaje de hemoglobinuria paroxística nocturna y thrombo incode, negativos.

Se descartó tratamiento quirúrgico y fibrinolíticos intraarteriales ante la demora del diagnóstico y se pautó heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas pues los padres se negaron a anticoagulación con sintrom. Fue dado de alta tras mejoría clínica y analítica, alcanzando función renal con creatinina de 1.21mg/dl y gammagrafía DMSA con Tc 99 (FRRRD 73% y FRRRI 27%), continuando en revisión por consulta de Nefrología.

Discusión:

El diagnóstico de infarto renal no es fácil pues es una entidad que suele debutar con signos y síntomas no patognomónicos y más aún en personas jóvenes y sin factores de riesgos. Es fundamental un adecuado diagnóstico diferencial para usar las herramientas necesarias hasta alcanzar un diagnóstico correcto y establecer un tratamiento eficaz en el tiempo. Lo interesante de nuestro caso fue la presentación de dicha entidad, en localización poco habitual y en una persona tan joven sin factores de riesgo. Concluimos con la premisa de la necesidad de realizar estudios sobre esta patología en personas jóvenes y niños para definir posibles etiologías, incidencia y llevar a cabo un tratamiento correcto.

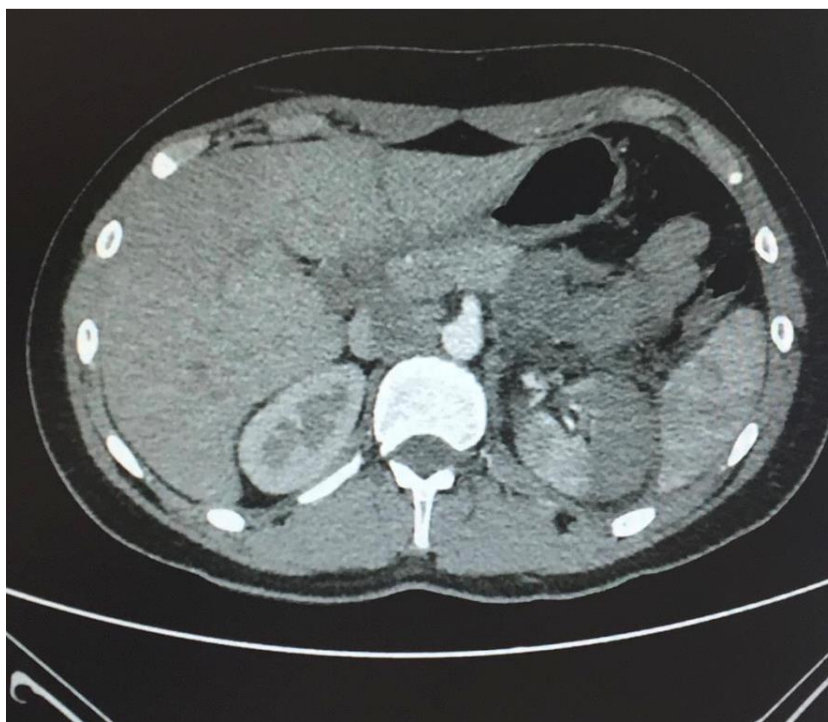


Imagen 1.- Defectos de captación parenquimatosos sugerentes de infartos renales (más llamativo en tercio superior).

Conflictos de interés:

Los autores manifiestan la no existencia de conflictos de interés.

Bibliografía

1. Eren N, Gungor O, Kocyigit I, Guzel FB, Erken E, Altunoren O, et al. Acute renal infarction in Turkey: a review of 121 cases. *Int Urol Nephrol*. 2018 Nov;50(11):2067-2072. doi: 10.1007/s11255-018-1979-6. Epub 2018 Sep 24.
2. Oh YK, Yang CW, Kim YL, Kang SW, Park CW, Kim YS et al. Characteristics and Outcomes of Renal Infarction. *Am J Kidney Dis*. 2016 Feb;67(2):243-50. doi: 10.1053/j.ajkd.2015.09.019. Epub 2015 Nov 4.
3. Nagasawa T, Matsuda K, Takeuchi Y, Fukami H, Sato H, Saito A et al. A case series of acute renal infarction at a single center in Japan. *Clin Exp Nephrol*. 2016 Jun;20(3):411-5. doi: 10.1007/s10157-015-1168-1. Epub 2015 Sep 16.
4. Arora D, Jairam A, Mahapatra D. Renal infarct following varicella infection. *Indian J Nephrol*. 2016 Sep;26(5):368-369.
5. Park SJ, Pai KS, Kim AR, Lee JH, Shin JI, Lee SY. Fulminant and Fatal Multiple Organ Failure in a 12-Year-Old Boy With *Mycoplasma pneumoniae* Infection. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2012 Jan;4(1):55-7. doi: 10.4168/aaair.2012.4.1.55. Epub 2011 Nov 25.