



Fiebre aparentemente sin foco

Álvaro Morán Bayón, Sara Rodrigo González, Antón Trigo González, Cristina De Manueles Astudillo, Josangela Elizabeth Alejo García, Ana Pérez Santamaría
Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Salamanca

•Introducción:

Los cuadros de dolor abdominal requieren un manejo rápido y una vigilancia estrecha. Así mismo el diagnóstico diferencial incluye múltiples patologías por lo que una anamnesis detallada y una exploración física completa son datos fundamentales para establecer un diagnóstico de presunción.

•Descripción del caso:

Mujer de 30 años. En tratamiento con anticonceptivos orales. Acude a urgencias por sensación distérmica de 5 días de evolución acompañada de cefalea. Desde hace 3 días comienza el cuadro se acompaña de dolor en hipocondrio derecho no irradiado. Vómitos en una ocasión de contenido alimentario. No diarrea. No síntomas miccionales.

Exploración física: Fiebre 38.9°. Abdomen con dolor a la palpación en hipocondrio derecho con Murhpy positivo así como una puñopercusión renal izquierda positiva. Resto normal.

Se solicita una analítica urgente: Hb de 9.1g/dL. Leucocitosis con Neutrofilia. Alteración de la función renal con creatinina de 2,64. PCR: 29.44 mg/dL. Sistemático de orina: leucocitos +++. Hb +++. Resto normal.

Ante los hallazgos se solicita una ecografía abdominal urgente y una Rx de abdomen:

Litiasis renal coraliforme bilateral. Ingreso en Urología por cuadro de pielonefritis.

•Estrategia práctica de actuación:

La tríada clásica de una pielonefritis aguda es: dolor lumbar, fiebre y escalofríos. El 60% con esta tríada no presentan una pielonefritis por lo que es importante establecer un diagnóstico diferencial con otros cuadros de dolor abdominal. Ante la sospecha de complicación o mal estado del paciente se solicitará una prueba de imagen para descartar absceso renal o perinefrítico. En el caso de los cálculos coraliformes suelen estar formados por estruvita o carbonato cálcico y la mayoría de las ocasiones su tratamiento es quirúrgico. Se debe hacer un seguimiento del paciente los siguientes 6-12 meses ya que es frecuente una recidiva en el riñón contralateral.

•Palabras-clave:

Pielonefritis, cálculo coraliforme, dolor abdominal.

•Bibliografía:

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 5ª ed, Madrid: Elsevier; 2014. p. 547-549
- Preminger GM, Assimos DG, Lingeman JE, et al. Chapter 1: AUA guideline on management of staghorn calculi: diagnosis and treatment recommendations. J Urol 2005; 173:1991.

