



# Capítulo 71

## CÓLICO NEFRÍTICO

J. F. Jiménez Leiro - A. Sampietro Crespo

### INTRODUCCIÓN

La obstrucción aguda supravesical da lugar a una distensión retrógrada del sistema calicial cuya traducción clínica es el cólico nefrítico. La causa más frecuente es la litiasis urinaria.

### ETIOLOGÍA

- ▲ Causas Intrínsecas:
  - Litiasis
  - Coágulos o pus.
  - Tumores de urotelio.
  - Estenosis pieloureterales o ureterales.
- ▲ Causas Extrínsecas:
  - Lesiones vasculares.
  - Procesos benignos del aparato genital femenino: embarazo, endometriosis, quistes.
  - Tumores malignos: vesicales, prostáticos.
  - Enfermedades del tracto gastrointestinal: apendicitis, diverticulitis.
  - Procesos retroperitoneales benignos: fibrosis retroperitoneal benigna, hematomas.
  - Tumores retroperitoneales: linfomas, metástasis retroperitoneales.

### CLÍNICA

Dolor en la *área renoureteral* (ángulo costo-lumbar) irradiado a vejiga y genitales (siguiendo una trayectoria anterodescendente) de gran intensidad, tipo cólico y suele ser unilateral. Suele ir acompañado de: agitación, cortejo vegetativo (náuseas, vómitos, abdomen timpánico), hematuria, síndrome miccional (polaquiuria, disuria).

### DIAGNÓSTICO

Se basa fundamentalmente en la clínica.

Exploración física: el abdomen puede presentar cierta defensa voluntaria, la puño-percusión renal hay que realizarla con extrema suavidad.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ▲ Sedimento de orina: hallazgos habituales de cristalluria y/o microhematuria.
- ▲ Hemograma, estudio de coagulación y bioquímica elemental si complicaciones.
- ▲ Radiografía simple de abdomen:
  - Ligera escoliosis de concavidad hacia el lado afecto.
  - Discreto aumento de la silueta renal.
  - Posibles imágenes radiopacas sugestivas de cálculos. La no visualización de imágenes radiopacas puede ser por cálculos radiotransparentes (ácido úrico) o pequeño tamaño (arenillas).
- ▲ Ecografía abdominal:
  - Indicación: cólico nefrítico resistente a tratamiento, fiebre, leucocitosis con desviación a la izquierda.

- Hallazgos: valoración del grado de ectasia pielocalicial, causa de la obstrucción (cuando se localiza en riñón o uréter proximal).
- ▲ Urografía intravenosa (se hará de forma diferida):
  - Indicación: cuando la obstrucción sea por obstáculo radiotransparente, para valorar la repercusión de la obstrucción sobre el sistema excretor renal.
  - Hallazgos: abolición o retraso funcional del riñón obstruido, características y nivel del obstáculo, grado de dilatación.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ▲ Procesos renales; embolismo renal.
- ▲ Procesos digestivos; apendicitis, diverticulitis aguda, pancreatitis aguda.
- ▲ Procesos ginecológicos; embarazo extrauterino, anexitis, torsión de quiste de ovario.
- ▲ Procesos vasculares; embolismo renal, trombosis mesentérica.
- ▲ Procesos extraabdominales; infarto agudo de miocardio.

### TRATAMIENTO

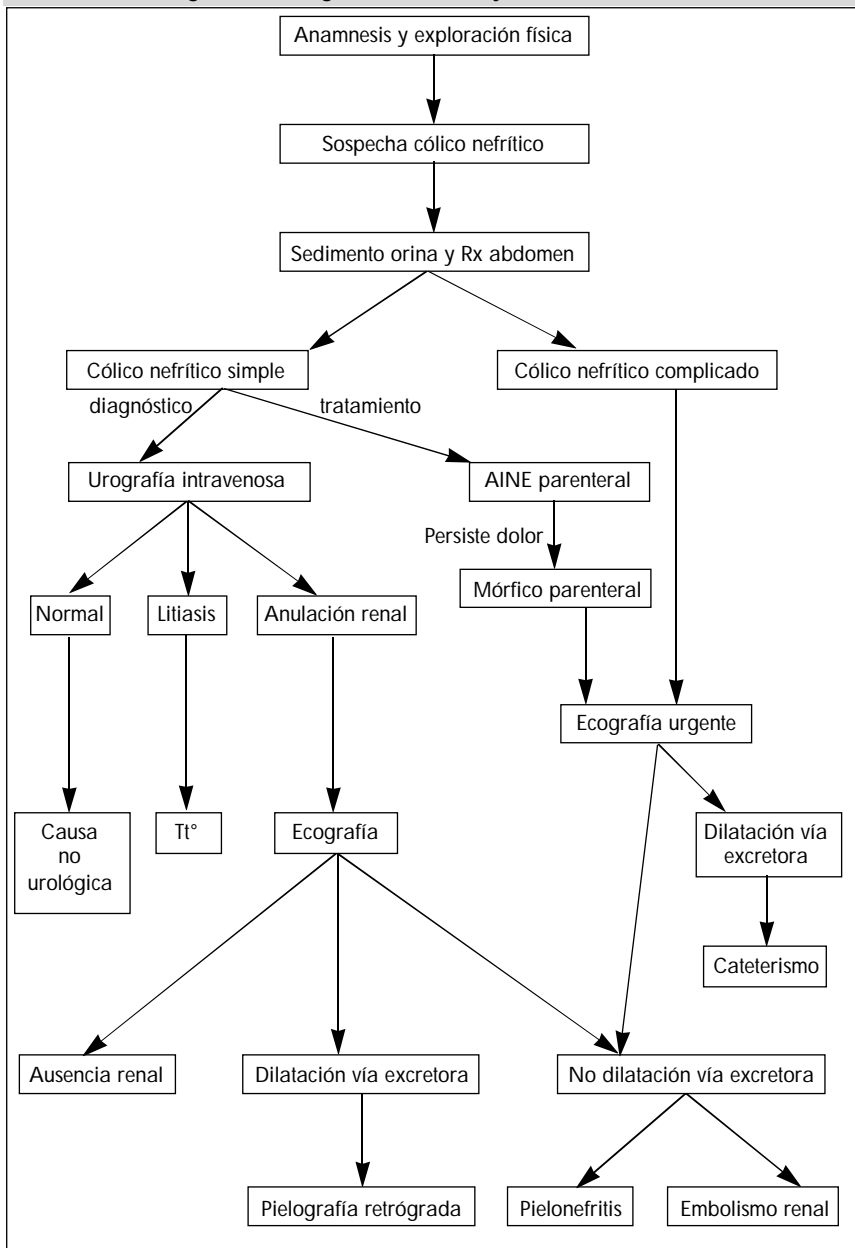
1. Conservador.
  - a. Vía parenteral: primera medida para controlar el dolor.
    - N-butilbromuro de hioscina / dipirona a dosis de 20 mg / 2500 mg diluidos en 100 ml de suero fisiológico.
    - Si no cede el dolor o alergia al medicamento anterior: Ketorolaco trometamol, a dosis de 30 mg diluidos en 100 ml de suero fisiológico.
    - Si no cede el dolor o alergia a los medicamentos anteriores: clorhidrato de petidina, a dosis de 50 mg por vía subcutánea.
  - b. Vía oral: cuando el dolor está controlado y para tratamiento ambulatorio.
    - N-butilbromuro de hioscina / dipirona a dosis de 10 mg / 250 mg cada 6 u 8 horas.
    - Ketorolaco trometamol a dosis de 10 mg cada 8 horas.
2. Desobstrucción de la vía urinaria (avisad al urólogo de guardia).
  - a. Cateterismo ureteral: cuando se evidencia que la causa de la obstrucción es un cálculo que no es demasiado grande, resistencia a tratamiento conservador, signos de sepsis.
  - b. Nefrostomía percutánea: cuando existe dilatación del sistema excretor sin evidenciarse la causa, para litiasis muy grandes y que se localicen muy cerca de la vejiga, cuando fracasa el cateterismo ureteral, signos de sepsis.
3. Tratamiento etilógico: de forma diferida.

### CRITERIOS DE INGRESO

- ▲ No cede a tratamiento médico.
- ▲ Reaparece de forma consecutiva.
- ▲ Cálculo no expulsable.
- ▲ Fiebre.



Figura 71.1: Algoritmo del manejo del cólico nefrítico



## BIBLIOGRAFÍA

- ▲ Medina López R, García Matilla F. Dolor urológico. En: García Matilla F, editor. Patología urogenital de urgencia. 1ª ed. Madrid: ENE; 1998. p. 217-27.
- ▲ Chicharro Almarza J, Hermida Gutierrez JF, Moreno Sierra J, Silmi Moyano A. Uropatía obstructiva supravésical. Crisis renoureteral. En: Resel Estévez L, Esteban Fuertes M, editores. Urgencias en Urología: manual para residentes. 1ª ed. Madrid: Jarpyo; 1995. p. 155-65.
- ▲ Vicente J. Dolor lumbar. En: Pautas de actuación y protocolos asistenciales del Servicio de Urología de la Fundació Puigvert. 1ª ed. Barcelona: Pulso; 1995. p. 15-25.
- ▲ Ambroj Navarro C, Valdivia Uriá JC. Uropatía obstructiva. En: Resel Estévez L, editor. Urología: libro del residente. 1ª ed. Madrid: ENE; 1998. p. 89-103.