

### Caso clínico

#### Ecografía en el cólico nefrítico

Verónica Aranda Jiménez, Antonio Calvo Cebrián, María Esther Fernández Yebra

Centro de Salud de Galapagar (Madrid)

Varón de 46 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta por dolor en la región lumbar derecha, irradiado a la zona inguinal ipsilateral, de varias horas de evolución; no hay otra clínica acompañante.

En la exploración física destaca dolor con la palpación profunda en el flanco derecho, sin signos de irritación peritoneal, y puño-percusión renal derecha positiva; resto de exploración sin hallazgos.

Realizamos exploración ecográfica abdominal. En ella observamos en la desembocadura del uréter derecho, a la altura de la vejiga, una imagen hiperecoica que deja sombra acústica posterior (figuras 1 y 2), acompañada de efecto *twinkling* (artefacto de centelleo) positivo en modo doppler color (figuras 3 y 4); se observa *jet* bilateral débil, que descarta obstrucción completa; uréter distal algo dilatado, sin signos de hidronefrosis derecha.

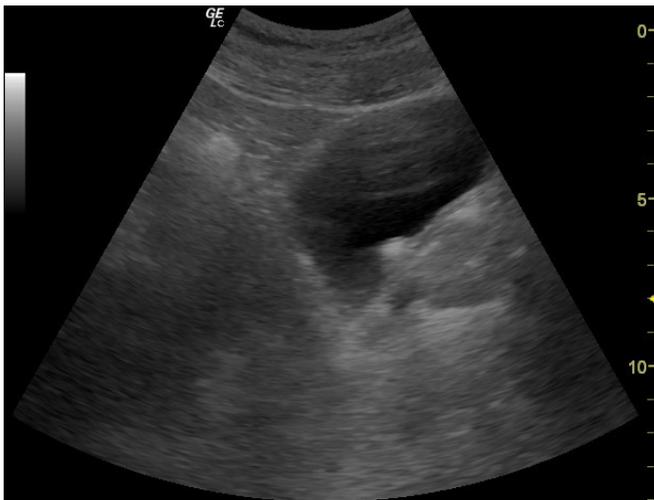


Figura 1.

Por todo ello no remitimos al paciente a Urología. Se le diagnostica, de cólico nefrítico. Se pauta tratamiento con hidratación abundante y analgésicos.

El paciente expulsó la litiasis y el cuadro se resolvió.

Se analizó la litiasis: compuesta un 50 % de oxalato cálcico monohidrato y un 50 % de oxalato cálcico dihi-

drato.

En la ecografía de control no se objetivaban nuevas imágenes hiperecoicas.

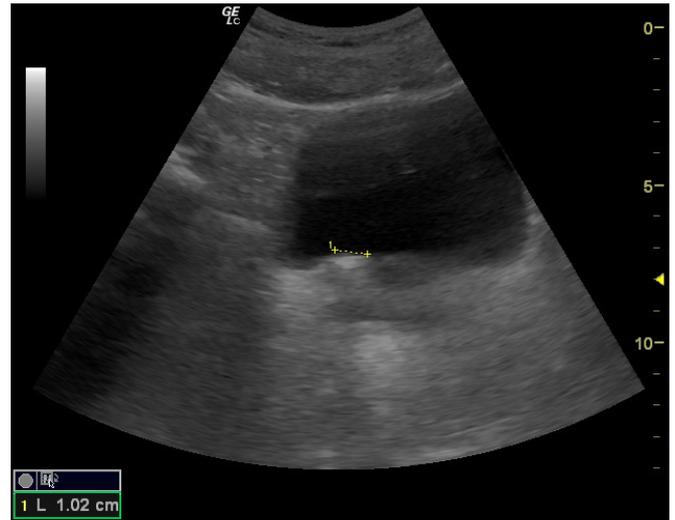


Figura 2.

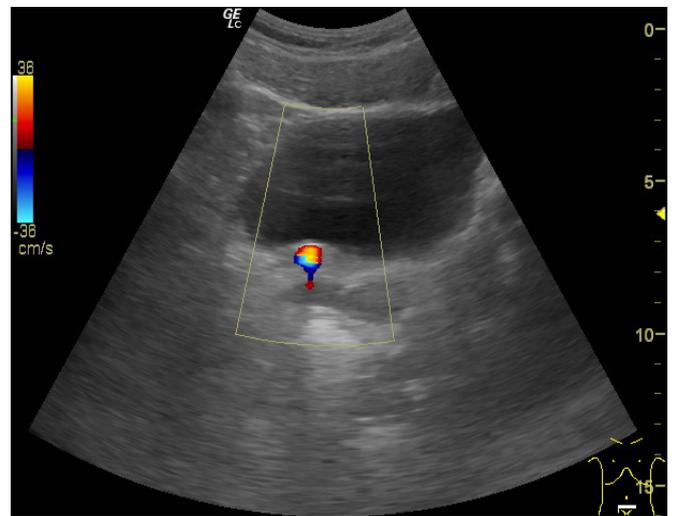


Figura 3.

#### COMENTARIO

El cólico nefrítico es la manifestación clínica más frecuente de la litiasis renal y constituye un motivo habitual de consulta.

La presentación clínica clásica es la de un dolor cólico intenso, unilateral y de inicio súbito. Se localiza en la fosa lumbar, con irradiación típica hacia la región inguinal y los genitales; se va modificando cuando el cálculo desciende, de forma que cuando se encuentra a la altura del uréter medio puede simular una apendicitis o una diver-

ticulitis, dependiendo de si la localización es derecha o izquierda. A medida que el cálculo se aproxima a la vejiga, predominan los síntomas de irritación vesical, como polaquiuria y tenesmo.

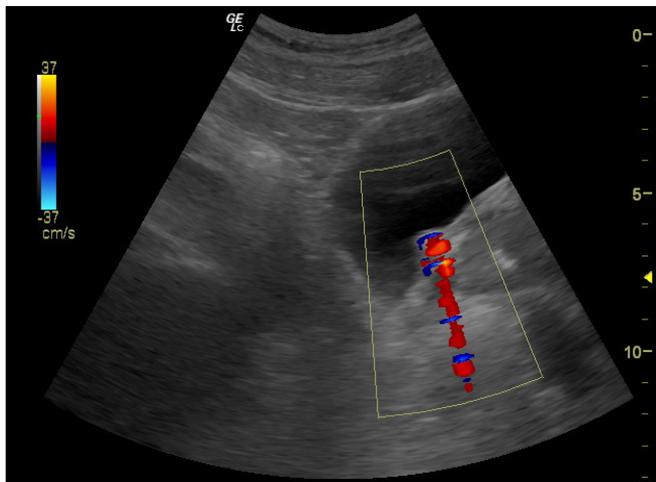


Figura 4.

Se suelen asociar síntomas digestivos como náuseas, vómitos o estreñimiento por íleo reflejo. En aproximadamente un 90 % de los pacientes hay hematuria, pero su ausencia no la excluye.

Su diagnóstico es clínico a partir del dolor típico y de la hematuria.

Las pruebas de imagen no son estrictamente necesarias; no obstante, la gran mayoría de las guías y recomendaciones existentes indican hacer una prueba de imagen en todos los pacientes, incluso cuando la presentación sea típica.

Dada la elevada radiación que supone la tomografía computarizada (TC), se ha propuesto emplear la ecografía y la radiografía simple como opción inicial en la población general; se reserva la TC para los pacientes con presentación clínica atípica, sospecha clínica de cólico complicado, riñón único o cuando la ecografía es negativa.

En la ecografía los cálculos se identifican como focos hiperecoicos con sombra acústica posterior. Son especialmente difíciles de ver las litiasis pequeñas (< 5 mm) o localizadas en el uréter medio. Otra limitación del ultrasonido es que generalmente deben pasar unas horas hasta que se dilate la vía excretora, por lo que en la fase inicial del cólico nefrítico puede ser negativa si no se identifica la litiasis. Combinar el modo B con el doppler color y pulsado aumenta el rendimiento diagnóstico gracias a otros signos de sospecha, como el *artefacto de centelleo* de la ecografía Doppler color, que permite detectar pequeñas litiasis que no llegan a generar sombra posterior. El *twinkling*, llamado también *artefacto en cola de cometa en color*, aparece en el ultrasonido con Doppler color como una rápida alternancia del color inmediatamente detrás de un objeto ecogénico estático, lo que da a este una falsa apariencia de movimiento.

Un *jet ureteral* reducido o asimétrico, especialmente su ausencia, son también signos de sospecha de obstrucción ureteral.

La ecografía tiene un papel importante en el abordaje clínico para confirmar la litiasis, estadificar el grado de obstrucción del sistema colector, valorar la probabilidad de expulsión espontánea e identificar complicaciones. Todo ello facilita la selección de la mejor opción terapéutica y el seguimiento del cuadro.

El tratamiento médico se considera de elección, al menos durante las dos primeras semanas. Cuando un cálculo no se ha expulsado al cabo de 4-6 semanas, es improbable que lo haga, lo que indica la necesidad de intervención quirúrgica.

## BIBLIOGRAFÍA

- Nicolau C, Salvador R, Artigas JM. Manejo diagnóstico del cólico renal. *Radiología*. 2015;57:113-22.
- Alan C, Koçoğlu H, Kosar S, Karatag O, Resit A, Erhan A. El artefacto de centelleo en la caracterización de los cálculos urinarios. *Actas Urológicas Españolas*. 2011;357:396-402.
- Hirsch M, Palavecino T, León B. Artefacto de centelleo en ultrasonido Doppler color: más que un incomprendido, un signo de utilidad. *Revista Chilena de Radiología*. 2011;17:82-84.