Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1144

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2721 - DOCTORA... TENGO V&OACUTE;MITOS Y DIARREA DESDE ESTA MA&NTILDE;ANA

L.M. Sáez García[a], L. Latorre Rodríguez[b], F.J. Benítez Gutiérrez[c], A.M. Moreno Rodríguez[d], S. Fernández Ortega[e], N. Perejón Díaz[f], M.I. Rico Rangel[g] y M. Muñoz Ayllón[a]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz. [b]Médico de Familia. Centro de Salud La Laguna. Cádiz. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz. [d]Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. [e]Médico de Familia. Centro de Salud Los Barrios. Cádiz. [f]Médico de Familia. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. [g]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. No antecedentes personales (salvo sinusitis crónica en tratamiento con loratadina) ni familiares de interés. Motivo consulta: varón de 24 años que acude a su médico de familia por presentar desde hace 12h vómitos, diarrea sin restos patológicos y cefalea sin fiebre. En consulta, se le detectan cifras tensionales (TA) de 180/90 mmHg, administrándosele 2 alprazolam 0,5 mg y 1 captopril 0,25 mg, elevándose la TA a 210/130 mmHg, por lo que se deriva a urgencias hospitalarias. Tras realizarle pruebas complementarias (Analítica, ecografía abdominal) se ingresa a cargo de nefrología para continuar estudio y tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, Bien hidratado y perfundido con cierta palidez cutánea. Auscultación cardiopulmonar normal, Abdomen normal con puñopercusión negativa. Exploración neurológica normal. Miembros inferiores sin edemas ni otra patología. Pruebas complementarias: analítica al ingreso: En la bioquímica destaca urea 123 mg/dl, creatinina 7.6 mg/dl, sodio 139 mmol/l, potasio 4,14 mmol/l. En el hemograma una anemia normocítica y normocrómica con hemoglobina 10,7 g/dl. Sistemático de orina: proteínas 500 mg/dl, hematíes 150 hematíes/l. Analítica complementaria durante el ingreso: Proteinograma con hipogammaglobulinemia ligera (descenso de cifras de IgG con autoanticuerpos negativos), metabolismo del hierro normal, serología negativa para hepatitis, sífilis, toxoplasma, VIH, citomegalovirus, varicela zoster, virus herpes e inmunizado para sarampión y parotiditis. En el estudio de orina de 24h destaca diuresis 2.500 ml, sodio 68 mEq, potasio 18 mEq, calcio 0 mEq, albuminuria 3. 364 mg, Aclaramiento de creatinina 10 ml/min. En la ecodoppler realizada se observó que los riñones tenían un tamaño normal pero con aumento de ecogenicidad cortical difusa bilateral. En la radiografía torácica no hubo hallazgos destacables. En el electrocardiograma se observó una hipertrofia ventricular izquierda (la cual se corroboró al realizársele el ecocardiograma). Se le realizó un fondo de ojo, en el cual se observó una retinopatía hipertensiva grado I-II. Finalmente, ante la sospecha de enfermedad glomerular se realizó una biopsia renal, en la que se observó una nefropatía IgA en estadio V. Desde su ingreso, el paciente precisó hemodiálisis y al alta continuó con

diálisis peritoneal. Se le incluyó en lista de espera de trasplante renal; actualmente pendiente del mismo.

Juicio clínico: Enfermedad renal crónica por glomerulonefritis IgA con signos de hipertensión arterial cronificada (retinopatía e hipertrofia ventricular izquierda).

Diagnóstico diferencial: Diferenciar entre causas de hematuria glomerulares (glomerulonefritis aguda postinfecciosa, glomerulonefritis rápidamente progresiva, glomerulonefritis membranoproliferativa; síndrome de Alport y hematuria familiar benigna) y no glomerulares (litiasis, neoplasias, infecciones (esquistosomiasis), cristaluria (hipercalciuria, hiperuricosuria).

Comentario final: La glomerulonefritis IgA es la forma más común de glomerulonefritis en el mundo. Son factores de mal pronóstico el sexo masculino, la aparición de proteinuria, hipertensión arterial, el tabaquismo, la hiperlipidemia, la edad avanzada, una historia familiar y una creatinina elevada. Debemos sospecharla ante un paciente que presente hematuria persistente en el tiempo y sin filiar o tras una infección respiratoria, acompañada de edematización de predominio en MMII.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez García JL, Arévalo Serrano J, et al. Diagnóstico y Tratamiento Médico. GreenBook.

2. Soriano S, Agüera M, Espinosa M. Enfermedad glomerular. Concepto. Clasificación. Síndromes glomerulares. Criterios de sospecha clínica. Medicine. 2003;8:5919-24.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.