



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

264/185 - QUÉ RARO, EL RIÑÓN NO FUNCIONA

E. Paños Maturana^a, J. Ignacio Expósito^b y J. Naranjo Muñoz^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Laguna. Cádiz. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz. ^cMédico Residente de Nefrología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 71 años, HTA de varios años de evolución, exfumadora desde 2007, absceso/fascitis en trocánter mayor por MRSA que precisó drenaje quirúrgico en 2012, hipertiroidismo tratado con yodo en 2012 y cataratas. Tratamiento domiciliario: atenolol 50 mg/24 horas. En analítica rutinaria para control de su HTA aparece microhematuria. Por lo que se decide nuevo control analítico pasado un mes y cultivo de orina.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, BHyP, ACR normal, TA 145/76. En analítica de rutina Hb 12 g/dl, urea 41 mg/dl y creatinina 1,1 mg/dl con microhematuria. En analítica de 1 mes después, Hb 10,2 g/dl, urea 69 mg/dl, creatinina 2,7 mg/dl y proteinuria de 1595, con cultivo negativo. Se decide mandar a la paciente de manera preferente a CCEE de nefrología y pedirle nuevo control de cara a la consulta. Es atendida en CCEE de nefrología 10 días más tarde con control analítico prácticamente igual y desde allí se decide ingreso para estudio. Ya en planta se le realiza ecografía abdominal y doppler renal: colelitiasis y posible colesterolosis vesicular; riñones de tamaño y morfología normales con IR discretamente elevados probablemente secundario a aterosclerosis vs nefropatía parenquimatosa. También radiografía tórax: en ambos lóbulos superiores se visualizan imágenes de aumento de densidad que podrían ser compatible con foco neumónico en evolución, serología VHC, VHB y VIH: negativo. Inmunoglobulinas normales, C3 y C4 normal. Cadenas ligeras kappa y lambda normales y por último biopsia renal con resultado de GN extracapilar pauciinmune. Desde el servicio de Nefrología comenzaron a tratar a la paciente con ciclos de ciclofosfamida y esteroides, con alta y control por su parte cada 15 días y con su médico de AP semanalmente.

Juicio clínico: GN extracapilar pauciinmune.

Diagnóstico diferencial: Otras glomerulonefritis rápidamente progresivas. Nefritis intersticial aguda. Necrosis tubular aguda. Hipertensión maligna. Púrpura trombocitopénica trombótica/síndrome hemolítico urémico (PTT/SHU). Trombosis de vena renal.

Comentario final: Es importante realizar controles analíticos a los pacientes crónicos porque podemos descubrir nuevas patologías o la progresión de las que ya tienen. En el caso de aparición de hematuria micro o macroscópica debemos realizar el estudio pertinente para descartar las principales causa de la misma.

Bibliografía

- Quiroga B, Luño J. Glomerulonefritis rápidamente progresivas. Nefrología al día. 2012;7:0.

2. León Castro A, Huertas JF, Hurtado JS. Glomerulonefritis aguda con énfasis en compromiso rápidamente progresivo. Colomb Med. 2011;42:536-48.