



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2455 - Deporte nefrotóxico

E. Casanova Galán<sup>a</sup>, E. Hernández Deleon<sup>b</sup>, G. Caldentey Bauzá<sup>c</sup>, A. Moreno González<sup>c</sup>, J.I. Ramírez Manent<sup>c</sup>, S. Gandía López<sup>a</sup>, H. Pujol Girola<sup>a</sup> y L. Cantos Casalta<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud de Santa Ponça. Calvià. Mallorca. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>º</sup> año. Centro de Salud de Santa Ponça. Calvià. Mallorca. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Ponça. Calvià. Mallorca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 26 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Fumador de 15 paquetes/año y exconsumidor de alcohol (ceso; el consumo hace 1 mes). AP: Problema renal en la infancia que no recuerda (dato de alta). No otros AP conocidos. No toma de fármacos o tóxicos en las últimas semanas. Acude al centro de Atención Primaria por cefalea occipital opresiva y 2 vómitos diarios de 2 semanas de evolución, sin fiebre ni otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 198/117 mmHg. FC: 82 lpm. Buen estado general. Normohidratado, normocoloreado. NRL: consciente y orientado. Pupilas isoco;ricas y normorreactivas. Pares craneales normales. No signos de irritación meníngea. No déficit motor o sensitivo. ORL: normal. AC y AR: normales. Abdomen: anodino. PPL bilateral negativa. No adenopatías. Tira de orina: hematies y proteínas. Se administra captoril 25mg, diazepam 5 mg y metoclopramida, con TA 166/112 mmHg, permaneciendo la sintomatología. Se deriva a urgencias hospitalarias. A/S (confirmada): Hb 6,88 g/dl, hematocrito 19,5%, plaquetas 98.000, urea > 268 mg/dl, creatinina 23,02 mg/dl, calcio total 6,10 mg/dl, fosfato 7,10 mg/dl, lipasa 124 U/L, LDH 427 U/L, CK 2.397 U/L. Resto de hemograma, iones, coagulación y RFA normales. A/O: proteínas totales 274 mg/dl, 30 hematies/campo, abundante precipitado amorfo, resto normal. GSV: pH 7,272, HCO3- 16, Hb 6,6, lactato 0,4. Serologías: VIH, VHC y VHB negativos. Radiografía tórax: normal. Ecografía abdomen: atrofia renal bilateral sugestiva de nefropatía crónica. Hígado, vías biliares y páncreas normales. No ascitis. Evolución: se administran 50 mg más de captoril, sin mejorar la TA. Transfusión de 3 concentrados de hematies, con mejoría de Hb (7,68 g/dl), plaquetas (113.000) y calcio (8,4 mg/dl). Hemodiálisis 3h e ingreso en Nefrología. Reinterrogando al paciente refiere haber realizado deporte intenso poco antes del cuadro.

**Juicio clínico:** Fracaso renal agudo no oligu;rico AKIN 3, probablemente secundario a rabdomiolisis, en paciente con ERC de base.

**Diagnóstico diferencial:** Causas pre-renales: Hipovolemia, vasoconstricción de la arteria renal... Causas renales: tóxicos, fármacos, rabdomiolisis... Causas post-renales: Obstrucción del tracto urinario.

**Comentario final:** Cabe destacar la importancia de haber realizado la tira de orina en el centro de Atención Primaria, que puede ofrecer información importante a la hora de orientar nuestra actuación. En este caso encontramos proteinuria, determinando un origen probablemente renal de la HTA, y sirvió para decidir que el paciente debía acudir al hospital para más estudios, descubriendo una enfermedad importante que podía haber pasado desapercibida. Pensamos que el deporte intenso realizado previamente habría producido un

cuadro de rabdomiolisis, desencadenando a su vez un fracaso renal agudo, que probablemente se relacione con la nefropatía crónica observada ecográficamente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, et al. Insuficiencia renal aguda. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, et al. Harrison principios de medicina interna, 14<sup>a</sup> ed. Madrid, McGraw Hill, 1999; 794-9.
2. Poch López de Brinjas E. Insuficiencia renal aguda. En: Farreras P, Rozman C. Medicina interna, 16<sup>a</sup> ed. Barcelona, Elsevier, 2009; 881-8.
3. Pardinas Martínez C, López Pacios JC, Ghais Zouhair Z. Insuficiencia renal aguda (IRA). En: Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en urgencias, 3<sup>a</sup> ed. A Coruña, Ofelmaga, 2010; 221-3.