Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1116

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1501 - ¿Y mi jarabe para la tos?

A. Losada Zapatero[a], A. Colmeiro Corral[b], T. Martín González[c], O. Rego Ojea[d], B. Capeáns González[e] y P. Taboada Santomil[a]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Saúde Concepción Arenal. Santiago de Compostela. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fontiñas. Santiago de Compostela. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vite. Santiago de Compostela. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vite y CHUS. Santiago de Compostela. [e]Médico Residente de 3 er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arzúa. Arzúa.

Resumen

Descripción del caso: Un hombre de 34 años, sin antecedentes de interés, acude a su médico de Atención Primaria por una tos no productiva de dos semanas de evolución. Refiere haber tenido fiebre de 37,8 ºC hace unos dos días que cedió con ibuprofeno (lo toma habitualmente por molestias lumbares). En un primer momento el paciente no refiere nada más, está simplemente molesto por la tos, pero al ser interrogado por otros focos de la fiebre refiere haber tenido la orina “algo cargada” tras el episodio febril. Según él, esto ya le había venido ocurriendo desde hace unos años, no sabe precisar cuántos, coincidiendo con picos febriles. No refiere clínica miccional ni dolor abdominal. El paciente trabaja en una empresa, de la que ha salido hoy para acudir al médico. Anualmente se hace un análisis de sangre y otras pruebas rutinarias en el médico de la empresa. Nunca le han comentado que nada estuviera fuera de lo normal. Indagando en su historia clínica vemos un ingreso en Urología de hace 4 años por hematuria macroscópica, diagnosticado de prostatitis/ITU. Seguido durante unos meses en la consulta de Urología fue dado de alta.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: TA 175/109 mmHg. FC 53 lpm. Tª 36,1 ºC. SpO2 97%. Acude por su propio pie en ropa de trabajo. Buen aspecto general. Paciente orientado y colaborador. Normohidratado y normocoloreado. Eupneico. La exploración física que realizamos al paciente es rigurosamente normal.

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

ECG. Ritmo sinusal a 47 lpm, sin alteraciones. Rx de tórax (2P). Sin patología pleuropulmonar. Análisis de sangre. Creatinina 1,45 mg/dl. Resto dentro de valores normales. Análisis de orina. Proteínas y hematíes con más de 100 hematíes por campo en el sedimento.

Juicio clínico: Probable nefropatía IgA (enfermedad de Berger).

Diagnóstico diferencial: Otras glomerulonefritis primarias y secundarias. Litiasis renal. Nefritis intersticial aguda. ITU/Prostatitis.

Comentario final: Ante un paciente con episodios de hematuria macroscópica una de las primeras medidas, como en tantos otros casos, es el control de las constantes vitales. Este paciente pudo haber pasado desapercibido, siendo nuevamente etiquetado como un proceso infeccioso, pero con la simple toma de la tensión arterial saltan todas las alarmas. A nadie que posase sus ojos sobre esas cifras de tensión arterial se le escaparía este caso. Fue ingresado en Nefrología donde realizaron una biopsia renal que fue informada como nefropatía IgA. La proteinuria de 24 horas fue de 1,55 g. Actualmente el paciente está a tratamiento con un calcioantagonista y un ARAII con cifras tensionales en objetivos. Aparte de hacernos pensar sobre las causas de la hematuria macroscópica en un paciente joven y sin antecedentes de interés, este caso nos debe hacer reflexionar (y alertarnos) sobre la importancia de las constantes vitales y el peligro de obviarlas. La información que éstas nos aportan, no por rutinaria y fácil de interpretar debe convertirse jamás en algo que desechemos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerulonephritis Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis. Kidney Int. 2012;2 Suppl.:139-274.

2. Wyatt RJ, Julian BA. IgA Nephropathy. N Engl J Med. 2013;368:2402.

3. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Atención Primaria. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

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