



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/569 - Fallo renal silente. Si yo estoy bien

R.M. Ruiz Fernández^a, R. Aguado Rivas^b y M.J. Rico Azuaga^c

^aMédico de Familia. Consultorios de Gualchos. Lújar y los Carlos. AGS Sur Granada. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Almuñécar. AGS Sur Granada. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Castell de Ferro. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 20 años, namc, no hábitos tóxicos, toma naproxeno de forma ocasional por cefalea, asimetría renal diagnosticada a los 4 años (en Rumanía), no antecedentes familiares de interés. Consulta por epigastralgia de un día evolución, tipo cólico, no náuseas ni vómitos, no alteración hábito intestinal. Cefalea predominio frontal, sin otra clínica neurológica. No clínica miccional, sensación distérmica no termometrada. Durante su exploración se constata una TA 170/100 mmHg (ambos brazos) en 3 ocasiones diferentes, iniciando tratamiento antihipertensivo y solicitando analítica urgente. Ingresa en nefrología tras alertar desde laboratorio de fallo renal. Incluyen en programa de hemodiálisis y en lista de espera para trasplante renal.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, BHYP, eupneico, no ictericia, TA ambos brazos: 170/100 mmHg, T^a: 36 °C. ECR: rítmico, sin soplos ni roces, mvc no ruidos sobreañadidos. EA: blando y depresible no masas ni megalias, ruidos hidroáreos conservados, no defensa ni peritonismo, dolor a la palpación en epigastrio, Blumberg y Murphy negativo. EN: no focalidad neurológica no signos meníngeos ni cerebelosos. Hemograma: hb 8,8 g/dl; bioquímica: Cr 11,7 mg/dl, urea 226 mg/dl, K+ 5,5 mEq/l; orina: indicios hematíes. Ecografía: hallazgos compatibles con nefropatía. ECG: normal FO: OI papila congestiva. Doppler arterial AoA y bifurcación iliaca: sin alteraciones. Serología vírica, autoinmunidad y PSA negativos.

Juicio clínico: IR grado 5. HTA. Hiperparatiroidismo secundario.

Diagnóstico diferencial: Nefropatía de los Balcanes, nefropatía farmacológica, nefropatía toxica.

Comentario final: Tras estudios realizados no pueden concretar filiación, considerando HTA secundaria y valorando tratamiento más adecuado al paciente según indicaciones (hemodiálisis no diálisis peritoneal y entrada en trasplante renal).

Bibliografía

1. Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, Levin A, Coresh J, Rossert J, et al. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int.* 2005;67:2089-100.
2. Marín R, Goicoechea MA, Gorostidi M, eds. *Guías SEN. Riñón y enfermedad cardiovascular. Nefrología.* 2004;24(Suppl 6):S1-235.
3. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW, et al. National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Ann Intern*

Med. 2003;139:137-47.

Palabras clave: Insuficiencia renal crónica. HTA. Fallo renal.