



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/838 - ¡Doctor, no orino!

R.A. Hernández Ríos<sup>a</sup>, M. Ciurana Tebé<sup>b</sup>, A. Junyent Bastardas<sup>a</sup>, J. Santos García<sup>a</sup>, À. Casaldàliga Solà<sup>c</sup>, M.Q. Lorente Márquez<sup>d</sup>, M.E. del Junco Rodríguez<sup>d</sup>, L. Pont Serra<sup>a</sup>, M. Ascorbe García<sup>d</sup> y L. Valls Cassi<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>b</sup>Médico de Familia. EAP Plaça Catalunya-Manresa 2. Barcelona. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manresa 4. Manresa. <sup>d</sup>Médico Residente Familia. Centro de Salud Suria. Barcelona. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Sagrada Família. Manresa.

## Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 45 años, consulta por presentar desde hace 7 días edemas en tobillos, dificultad para orinar, oliguria, nicturia. Hace 15 había presentado faringoamigdalitis aguda que fue tratada con amoxicilina- ácido clavulánico durante 10 días con resolución del cuadro.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 190/102 mmHg ORL amígdalas hiperémicas sin placas. No se objetivan adenopatías. AC rítmico sin soplos. AP MVC. Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, PPLB-, peristaltismo presente. Edemas con fovea en pies y tobillos. ECG: RS a 75x', sin alteraciones. Analítica: Hb: 12,8 g/dL, leuco: 8.000 (N 57%), plaquetas 166.000, INR: 1,5. Glucosa 95 mg/dL, urea 39 mg/dL, Cr 1,19 mg/dL, FG 73,33 mL/min, Na 140 mmol/L, K 4 mmol/L, PCR 1,4 mg/L. Sedimento urinario: leucocituria 1-5xc, hematuria 50-100xc, bacteriuria no se observa. Faringotest negativo.

**Juicio clínico:** Se pautan hipotensores y diuréticos con control de la TA. Mantiene un estado general conservado y progresivamente desaparecen los edemas. Se constata resolución de las alteraciones urinarias, sin proteinuria ni hematuria. Ecografía renal sin alteraciones. Complemento C3 disminuido.

**Diagnóstico diferencial:** Dado el antecedente de amigdalitis aguda los días previos y la manifestación de síndrome nefrítico, el diagnóstico diferencial nos lo planteamos entre glomerulonefritis postestreptocócica, glomerulonefritis IgA o glomerulonefritis mesangiocapilar tipo 1. Diagnóstico: glomerulonefritis postestreptocócica.

**Comentario final:** La glomerulonefritis postestreptocócica es una enfermedad mediada por complejos inmunes. Se caracteriza por edema, hipertensión, sedimento urinario alterado e hipocomplementemia. A nivel mundial, hay más de 470.000 casos anuales, lo que resulta en aproximadamente 5.000 muertes en todo el mundo. El tratamiento con antibióticos no afecta la evolución clínica. Sin embargo, el tratamiento con antibióticos puede neutralizar la cepa nefrítica y reducir el riesgo de transmisión de paciente a paciente. La penicilina es el antibiótico de elección. Para un diagnóstico de certeza se tendría que realizar biopsia renal.

## Bibliografía

1. Walker MJ. Disease manifestations and pathogenic mechanisms of Group A Streptococcus. Clin Microbiol Rev. 2014;27:264-301.
2. Egido J, et al. Glomerulonefritis crónicas. Medicine. 2011;10:5542-59.

3. Porras Leal, L. Infecciones por estreptococo. *Medicine*. 2010;10:3339-45.

*Palabras clave:* Glomerulonefritis.