



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

## 212/3278 - Abordaje de la insuficiencia renal en atención primaria

N. Santos Méndez<sup>a</sup>, M.P. Carlos González<sup>b</sup>, L. Alli Alonso<sup>c</sup>, J.L. Cepeda Blanco<sup>d</sup>, M.J. Labrador Hernández<sup>e</sup>, V.E. Choquehuanca Núñez<sup>f</sup>, V. Acosta Ramón<sup>b</sup>, J. Andino López<sup>c</sup>, M. González Ruiz<sup>g</sup> y N. Otero Cabanillas<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. <sup>g</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias; <sup>h</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 32 años refiere anorexia, astenia y náuseas de 2 meses de evolución, asocia vómitos y calambres en EEII. Refiere episodios recurrentes de amigdalitis acompañados de orinas oscuras, ahora asintomático. Además cefalea holocraneal intensa desde hace un mes en tratamiento con antinflamatorios a dosis altas. Sin antecedentes personales de interés.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, TA: 220/160, T<sup>a</sup>: 36 °C; FC: 60 lpm. Exploración física anodina salvo fondo de ojo: en ojo derecho, papila con bordes mal definidos. En ambos ojos hemorragias en astilla, signos de cruce, vasos tortuosos de pequeño calibre. En analítica destaca Cr: 8,7, U: 140, K: 5,5. Hemograma anodino. En elemental y sedimento proteínas +++, 40-50 hematíes/campo, cilindros hialinos granulosos. No bacteriuria. Remitimos a hospital de referencia para ampliar estudio: en ecografía urológica aumento de ecogenicidad del parénquima, con pérdida de diferenciación cortico-medular, hallazgos asociados a la insuficiencia renal parenquimatosa. En serología IgG 495 mg/dL resto IgA, IgM, C3, C4, ANCA y factor reumatoide en rangos de normalidad. Se realiza biopsia renal e inmunofluorescencia apreciándose depósito mesangial de IgA.

**Juicio clínico:** Nefropatía IgA acompañado de HTA maligna.

**Diagnóstico diferencial:** Púrpura de Schönlein-Henoch. GN fibrilar. Nefropatía IgA.

**Comentario final:** La insuficiencia renal aguda puede manifestarse por una disminución del volumen de orina, por síntomas (vómitos, insuficiencia cardiaca, encefalopatía o detectarse en analítica de rutina. Las causas más frecuentes son prerrenales (hipotensión, hipovolemia, insuficiencia cardiaca, cirrosis, AINES), tras ellas renales (glomerulares, tubulointersticiales y vasculares) y por último las posrenales (tumores, estenosis uretrales, trastornos neurológicos). Una anamnesis y exploración detallada orientaran el diagnóstico. Tendremos en cuenta si la instauración es aguda o crónica, si existe obstrucción, hipovolemia o hipervolemia, datos que sugieren lesión renal parenquimatosa (consumo de tóxicos renales, procesos sistémicos) y si existe sospecha de oclusión vascular. Realizaremos analítica valorando el cociente urea/creatinina. En este caso es menor de 40, orienta a causa renal así como la hematuria acompañada de proteinuria y cilindruria. La ecografía detecta obstrucción, aporta datos sobre el tamaño renal y la permeabilidad de los vasos renales. En

fases posteriores ampliaremos estudio, especialmente en insuficiencias renales parenquimatosas como en nuestro caso.

## Bibliografía

1. Hilton R. Acute renal failure. *BMJ*. 2006;333:786.

*Palabras clave:* *Hematuria.*