Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):66

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

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

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

[a]Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Cantabria. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. [g]Médico de Familia. Servicio de Urgencias; [h]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, Tª: 36 ºC; 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 prerenales (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 sugieran 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.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.