



## Medicina de Familia. SEMERGEN



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

### 242/4823 - CÓMO UN ESGUINCE DE TOBILLO TERMINA EN DIÁLISIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Gutiérrez Muñoz<sup>a</sup>, I. Veli Cornelio<sup>b</sup>, G. Rosario Godoy<sup>b</sup>, I. Hernando García<sup>c</sup>, A. Alfaro Cristóbal<sup>d</sup> y E. Toural Méndez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria.

#### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 57 años que acude a consulta en su Centro de Salud por odinofagia y fiebre, tratándose con antibióticos y antiinflamatorios. Además refiere alteraciones en la micción que atribuye a síntomas prostáticos, por lo que se le solicita una analítica de control. AP: hipertensión. Días posteriores es valorado en urgencias por edemas en extremidad inferior derecha y es dado de alta con el diagnóstico de esguince de tobillo. Finalmente, recibimos una llamada del laboratorio de urgencias por analítica que evidencia anemia grave e insuficiencia renal. Se llama al paciente y se le deriva a urgencias, donde se inicia fluidoterapia, se corrigen las alteraciones metabólicas y se gestiona ingreso en S. Nefrología.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 171/93 mmHg. T<sup>a</sup>: 36,2 °C. ACP rítmica, no ausculto soplos. Hipofonesis generalizada con crepitantes. Abdomen globuloso, blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias, RHA +. Extremidades inferiores: importantes edemas hasta rodillas, no datos de TVP. HG: leucos 6.900, Hb 5,4, Hcto 16,4 (N/N), plaq 231.000, coagulación normal. BQ: Glu 103, Cr 11,24, Ur 265, FG 4, Na 143, K 5,3. GSV: pH 7,22, HCO3 16,3, EB -9,9. Inmunología: Ig, complemento, ANA, FR y ANCA normales. Serología: VIH, VHB y VHC negativas. EyS: pH 1009. PU +++, leucos 1-5/c, hematíes 5-10/c, bacteriuria escasa. Eco doppler renal: riñones de tamaño conservado y correcta diferenciación corticomedular. Parénquima renal adelgazado y con ecogenicidad heterogénea. Se identifica vascularización doppler renal intraparenquimatosa, No dilatación de la vía excretora. Rx tórax: cardiomegalia, sin derrame ni condensación. ECG: ritmo sinusal a 80 lpm, PR 120, QRS estrecho, onda T normal.

**Juicio clínico:** Enfermedad renal crónica (ERC) estadio V de etiología no definida.

**Diagnóstico diferencial:** Glomerulonefritis de etiología autoinmune o vírica. Nefroangiosclerosis.

**Comentario final:** Durante su estancia en planta, nuestro paciente presenta un empeoramiento progresivo de la función renal y se inicia hemodiálisis. No se plantea biopsia por ser los riñones muy fibróticos y existir alto riesgo de sangrado. No se define la etiología de la ERC. En este caso, probablemente el uso de AINEs haya precipitado la reagudización de la insuficiencia renal y las alteraciones de la micción hayan sido enmascaradas por los síntomas prostáticos.

#### Bibliografía

1. Martínez-Castelao A, et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Revista Nefrología*. 2014;34(2):243-62.

**Palabras clave:** AINES. ERC. Esguince.