Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2818

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[a], I. Veli Cornelio[b], G. Rosario Godoy[b], I. Hernando García[c], A. Alfaro Cristóbal[d] y E. Toural Méndez[e]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. [c]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria. [d]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria. [e]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. Tª: 36,2 ºC. 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. Nefroangioesclerosis.

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.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.