Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 763

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

# 347/1101 - DOCTORA, ESTOS VÓMITOS ME ESTÁN MATANDO

*M. Montilla Álvaro[a], A. Delgado Vidarte[b], C. García Ruíz[c] y M. de la Rosa Martín[d]*

*[a]Médico de Familia. Centro de Salud Los Rosales. Huelva. [b]Médico de Familia. Centro de Salud La Orden. Huelva. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Adoratrices. Huelva. [d]Médico de Familia. Centro de Salud El Torrejón. Huelva.*

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 25 años. Dos hijos sanos y una IVE 3 meses antes, en tratamiento con ACHO 1 mes después por metrorragias. Acude a consulta por vómitos de 4 días de evolución que mejoran inicialmente tras Primperan y sueroterapia. 10 días después acude de nuevo porque continúa con vómitos (10-12 episodios/día) acompañados de malestar general, decaimiento y disminución de la diuresis. Niega ingesta de AINES. No diarrea ni clínica miccional.

**Exploración y pruebas complementarias:** Palidez mucocutánea. Abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco izquierdos sin irritación peritoneal. Petequias en parpados superiores. TA 150/95 mmHg, FC 77 lpm. Se contacta con enfermería y se extrae analítica urgente. Test de gestación negativo. Analítica urgente: Hb 7,2, Hcto 20,7, VCM 87,3, plaquetas 123.000, TP 1,23, TTPA 1,04, Cr 24,63, urea 338, FG 2, LDH 1.234, CK 208, lipasa 174, amilasa 156, Na 134, K 5,7. Ante los resultados se deriva a urgencias hospitalarias, donde se amplía estudio analítico de orina con proteínas 600, hematíes 150, Cr 266,1, osmolaridad 388. Se solicita ecografía renal que se informa como normal. Tras los resultados se ingresa en nefrología. En planta: esquistocitos, haptoglobina < 0,4, Coombs indirecto negativo. Marcadores víricos negativos, actividad ADAMST 13 normal. C3 bajo. Tras hemodiálisis y plasmaféresis diaria mantiene criterios de hemolisis no inmune, trombopenia y fracaso renal agudo oligoanúrico. Se inicia tratamiento con ecolizumab con mejoría. Al alta Cr 3,4, FG 21. Pendiente de estudio genético.

**Orientación diagnóstica:** Anemia hemolítica no inmune secundaria a microangiopatía trombótica. IRA secundaria a síndrome hemolítico urémico.

**Diagnóstico diferencial:** En el diagnóstico diferencial inicial es importante valorar todas las causas posibles de vómitos: gastrointestinal, metabólico, renal, central y posible embarazo.

**Comentario final:** Los vómitos son síntomas inespecíficos presentes en muchas patologías, inicialmente suele asociarse a patologías banales como GEA, pero en casos persistentes, acompañados de afectación del estado general es importante indagar en otras patologías más complejas. El SHU se define por: anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e IRA. En el 90-95% de los casos se asocia a infecciones gastrointestinales y diarrea causadas por E. coli (SHU clásico). En el 5-10% (SHU atípico) es de causa genética (mutaciones y polimorfismos).

**Bibliografía**


1. Loirat C, Fakhouri F, Ariceta G, et al. An international consensus approach to the management of atypical hemolytic uremic syndrome in children. Pediatr Nephrol. 2016;31:15.
2. Rodríguez de Córdoba S, Montesa T. Síndrome hemolítico urémico atípico. Nefrología. 2011;2 Suplemento Extraordinario:58-65.


**Palabras clave:** Vómitos. Fallo renal. Hemolisis.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.