

## 347/3568 - A PROPÓSITO DE LES

H. Ahmed de Prado<sup>a</sup>, D. San José de la Fuente<sup>b</sup>, M. Alonso Santiago<sup>c</sup> y L. Rodríguez Vélez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapotón. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 70 años con antecedentes de HTA, y DM2, diagnosticado de LES + síndrome antifosfolípido en 1993, sin tratamiento ni brotes desde el 2007. Tratamiento habitual: Janumet, Enalapril, Amryl, Sintrom y omeprazol. Acudió a su Centro de Salud por presentar aumento de edemas distales en los últimos dos días, junto con ligera disnea de esfuerzo y ortopnea. No fiebre, no oliguria, no otra sintomatología acompañante. Se le pauta tratamiento diurético a dosis bajas unos días, y analítica. El paciente es llamado a la consulta por resultados analíticos de insuficiencia renal no presente en analíticas previas, se retira diurético y es derivado a Urgencias por insuficiencia renal aguda.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 175/80. T<sup>a</sup>: 37 °C. Sat O<sub>2</sub>: 96%. Buen estado general. Normohidratado. Eupneico en reposo. AC: rítmico, no se auscultan soplos. AP: MvC bilateral. Abdomen: blando, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal, RHA+, PPR bilateral negativa. EEII: moderados edemas maleolares con fóvea no dolorosos. Analítica: anemia Hb 10,8, linfopenia, urea 154, Cr 2,7 FG 21, BNP 89. Ecografía abdominal-urológica: sin hallazgos. TAC de tórax: pequeño derrame pericardio.

**Orientación diagnóstica:** Desde Urgencias el paciente es ingresado con el diagnóstico de IRA de probable origen prerrenal en Medicina Interna donde la función renal cada vez empeora más. Se diagnostica de insuficiencia renal parenquimatosa y ante la sospecha de nefropatía lúpica se comienza tratamiento empírico para la misma, realizándose biopsia renal con resultado positivo: glomerulonefritis membranoproliferativa. Asimismo durante el ingreso el paciente es diagnosticado de pleuropericarditis, todo ello en el contexto de reactivación de LES.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia renal por diuréticos. Insuficiencia renal por bajo gasto en contexto de IC. Insuficiencia renal por nefropatía lúpica.

**Comentario final:** La insuficiencia renal es una patología frecuente y con multitud de posibles causas por ello siempre se ha de tener en cuenta los antecedentes del paciente, y la medicación que está tomando.

### Bibliografía

1. Caro Espalda PJ. Fracaso renal agudo. En: Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7<sup>a</sup> ed. Madrid: MSD; 2012; p. 869-83.

2. Bombback AS, Appel GB. Diagnosis and classification of renal disease in systemic lupus erythematosus. UpToDate.

**Palabras clave:** LES. Insuficiencia renal.