



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3281 - POR UNA SIMPLE AMIGDALITIS

M. Fernández Pérez^a, P. Alcantud Lozano^b, F. Peiró Monzó^c y R. Jiménez Lorenzo^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete. ^bMédico de Familia. Hospital de Hellín. Albacete. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VI. Albacete. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 17 años, sin antecedentes, que acude a consulta por odinofagia y fiebre de hasta 38 °C desde ese mismo día, sin otra clínica acompañante. En la exploración, se observa exudado faringoamigdalino bilateral. Se pauta tratamiento con amoxicilina 500 mg 1/8 horas durante siete días. Al día siguiente, acude de nuevo por aparición de hematuria sin síndrome miccional ni dolor en ninguna localización. Segundo refiere lo ocurrió hace un año pero no consultó. Se decide derivar a Urgencias hospitalarias para realizar control analítico del funcionamiento renal de la paciente ante sospecha de nefropatía.

Exploración y pruebas complementarias: Ta: 110/70, T^a 36,9 °C. Normocoloreada y normohidratada. Orofaringe: faringe hiperémica con exudado faringo-amigdalino bilateral. AC: rítmica, sin soplos audibles. AP: MVC, sin ruidos patológicos. Abdomen: RHA normales. Blando y depresible. No se palpan masas ni megalias. No peritonismo. PPRNB. Ante sospecha de nefropatía se solicita bioquímica, hemograma, coagulación y orina con hematuria macroscópica y sedimento con hematíes 10-20 por campo, sin proteinuria. La ecografía muestra riñones ligeramente aumentados, con aumento de la ecogenicidad cortical, con pirámides patentes que podrían estar en relación con nefropatía médica. No dilatación vía excretora. Vejiga sin hallazgos.

Orientación diagnóstica: Nefropatía IGA.

Diagnóstico diferencial: Glomerulonefritis postestreptocócica. Cistitis. Cólico nefrítico.

Comentario final: También se conoce como enfermedad de Berger. Es la glomerulonefritis más prevalente en todo el mundo. Puede ocurrir por un aumento de síntesis de IgA por estimulación de diversos antígenos, alteración del acaloramiento hepático de la misma o depósito de IgA y complemento a nivel del glomérulo. La clínica característica es hematuria macroscópica recidivante en las primeras 24h de infecciones de vías respiratorias y ejercicio, a diferencia de la postestreptocócica que ocurre 7-10 días más tarde. La IR en el momento del diagnóstico, la HTA, y la proteinuria tanto al diagnóstico como en el seguimiento, son factores de mal pronóstico. Dado su curso benigno en los pacientes con hematuria aislada sin proteinuria no se suele indicar la biopsia renal. Si existe proteinuria se pueden utilizar IECAS o corticoides. La amigdalectomía puede ser beneficiosa.

Bibliografía

1. Segarra A. Revista de Nefrología. 2010.
2. Manual de Nefrología CTO, 9^a ed; 2015.

Palabras clave: Hematuria. Proteinuria. Amigdalitis.