

347/1451 - SÍNDROME URÉMICO EN PACIENTE JOVEN

A. Alvariño Pereira^a, M. Curto Otero^a, A. García García^b y N. Ramos González^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Matamá. Vigo. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintor Colmeiro. Vigo. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Porriño. Vigo.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 25 años con consultas reiteradas en atención primaria por mal control de hipertensión arterial (HTA). Pérdida intencionada de 60 kg en un año y medio debido a dieta proteica. Historia de HTA familiar. Acude por astenia e intolerancia oral. Vómitos de repetición de 3 días de evolución y aumento de deposiciones líquidas sin productos patológicos. Derivado a urgencias para valoración. Ingreso posterior en nefrología para estudio y tratamiento. Seguimiento por médico de familia.

Exploración y pruebas complementarias: Palidez cutánea y sudoración profusa. Ausencia de exantemas cutáneos. Hemorragia subconjuntival con hematomas palpebrales. Abdomen doloroso a la palpación. TA 180/100. Fondo de ojo: retinopatía HTA aguda grado III. Hemorragias y exudados sin edema de papila. Analítica: acidosis metabólica, CPK: 1.837, hgb: 7,9, transferrina 153, IST 62, ferritina: 894, plaquetas 85, urea 433, Cr: 21,51, VSG 121, proteinuria, LDH 545, haptoglobina 5,8. Frotis: polimorfonucleares hipersegmentados con anisotrombía. ADAMTS 13, CFH, MCP y Coombs: negativo. TAC suprarrenales: normal. Catecolaminas en orina negativas. Ecografía renal: aumento de ecogenicidad renal. Biopsia renal: glomeruloesclerosis renal con IgA, cadenas ligeras y C3. Lesiones vasculares crónicas MAT. Nefritis túbulo-intersticial.

Orientación diagnóstica: Insuficiencia renal crónica agudizada. Microangiopatía trombótica (MAT) debida a HTA maligna. Secundaria a nefropatía IgA.

Diagnóstico diferencial: MAT por: HTA maligna, síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa), púrpura trombocitopénica trombótica (PTT), fallo suprarrenal, tumor secretor de catecolaminas, coagulación intravascular diseminada.

Comentario final: Paciente en hemodiálisis 3 días a la semana y en lista de espera para trasplante renal. Control por médico de familia con enalapril, amlodipino y darbepoetina. La TA no controlada y la retinopatía son datos a favor de HTA maligna. Se descarta PTT por negatividad de ADAMTS13 y SHUa por presencia de retinopatía y gran mejoría de tratamiento, entre otros.

Bibliografía

1. Fakhouri F, et al. Haemolytic uraemic syndrome. Lancet. 2017;390:681-96.
2. Porta JM, et al. Hipertensión arterial maligna con microangiopatía trombótica e insuficiencia renal grave. Diagnóstico diferencial con otras microangiopatías trombóticas primarias. A propósito de un

- caso. *Nefrología*. 2016;8(2).
3. George JN, Nester CM. Syndromes of thrombotic microangiopathy. *N Engl J Med*. 2014;371:654-66.
 4. Karpman D, et al. Haemolytic uraemic syndrome. *J Intern Med*. 2017;281:123-48.

Palabras clave: Urémico. Hipertensión. Vómito.