

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

## 424/4059 - SÍNDROME PULMÓN-RIÑÓN

C. Rodríguez Valles<sup>1</sup>, A. García Antuña<sup>1</sup>, P. de Marcos López<sup>1</sup> y C. Campa García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sama de Langreo. Oviedo. Asturias.<sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Sama de Langreo. Oviedo. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 65 años, sin antecedentes de interés y poco frecuentador en la consulta, acude por epistaxis de repetición de meses de evolución sin otra clínica asociada. Rinoscopia anterior normal y tensión arterial dentro de límites. Se solicita analítica de control y avisan de laboratorio por creatinina elevada y hemoglobina baja, por lo que se deriva a Urgencias Hospitalarias. Una vez allí, también refiere expectoración hemoptoica desde hace 3 días, astenia marcada, orina colúrica y parestesias en miembros inferiores. Se inicia tratamiento con corticoides intravenosos y plasmaféresis. Posteriormente se continuó con corticoides y azatriopina vía oral.

**Exploración y pruebas complementarias:** Palidez cutánea. Normohidratado y bien perfundido. Eupneico en reposo. Auscultación cardiaca normal. Auscultación pulmonar: crepitantes finos en todo hemitórax izquierdo y escasos en base derecha. Abdomen: no doloroso sin masas ni megalías. EEII: sin edemas. Bioquímica: urea 171 mg/dl; creatinina 6 mg/dl; filtrado glomerular 9 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>; potasio 5,2 mEq/L; pruebas de función hepática normales; PCR 94 mg/l. Hemograma: hemoglobina 6,5 gr/dl; hematocrito 19,6 gr/dl; resto normal. Coagulación: normal. Gases venosos: pH 7,38; HCO<sub>3</sub> 22,7 mmol/l; PCO<sub>2</sub> 37,6 mmHg. VIH, virus de hepatitis B y C y Quantiferón negativos. Rx tórax: infiltrado alveolar en lóbulo inferior izquierdo y dudosos en base derecha, índice cardiotorácico normal. Ecografía abdominal: riñones con forma y tamaño normal con incremento de la ecogenicidad del córtex, pérdida de la diferenciación corticomedular y pirámides visibles, hallazgos en relación a nefropatía médica.

**Orientación diagnóstica:** Vasculitis MPO +. Síndrome pulmón-riñón.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome Goodpasture. Panarteritis nodosa. Vasculitis granulomatosa de Churg-Strauss. Granulomatosis con poliangeítis. Lupus eritematoso sistémico.

**Comentario final:** El Síndrome Pulmón-Riñón se caracteriza por la coexistencia de hemorragia alveolar difusa y glomerulonefritis. Las causas más comunes son las vasculitis ANCA +. Las vasculitis engloban un grupo de procesos en los que existe inflamación en los vasos sanguíneos. La afectación vascular determina la aparición de sintomatología general y desarrollo de manifestaciones orgánicas locales. El diagnóstico es complejo y debe basarse en los hallazgos clínicos, radiológicos y de laboratorio, siendo de gran importancia el diagnóstico temprano para reducir la morbilidad tras el inicio del tratamiento específico.

### Bibliografía

1. UpToDate (Internet)-. Granulomatosis with polyangiitis and microscopic polyangiitis: Clinical manifestations and diagnosis; (aprox. 31 pantallas). (actualizado 23 enero 2019; citado 15 agos 2019). Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/granulomatosis-with-polyangiitis-and-microscopic-polyangiitis-clinical-manifestations-and-diagnosis?>

**Palabras clave:** Vasculitis. Glomerulonefritis. Hemorragia alveolar.