



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

482/1688 - FRACASO RENAL AGUDO

C. Díaz-Parreño Quintanar¹, S. Álvarez López², S. Zarza Martínez³ y M. Martínez Picón⁴

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcázar de San Juan. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

²Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Madridejos. Madridejos. Toledo. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local de La Puebla de Almoradiel. La Puebla de Almoradiel. Toledo. ⁴Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Solana. La Solana. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años que acudió a nuestra consulta ya que desde hacía dos semanas presentaba malestar general, sensación nauseosa frecuente y escasa ingesta de alimentos y desde hace una semana fiebre persistente. Diuresis normal. Antecedentes: no alergias conocidas, enfermedad de Crohn en remisión en tratamiento con azatioprina y adalimumab. Tras objetivar fracaso renal agudo (FRA), fue derivada al servicio de Urgencias hospitalarias con posterior ingreso en Nefrología para completar estudio. Tratamiento con hemodiálisis, bolos de corticoides y antibioterapia, retirando del mismo el adalimumab. Evolucionó favorablemente.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: Normotensa; T^o 37,7 °C. Consciente, orientada, con aceptable estado general. Palidez mucocutánea. Glasgow 15. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, no soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalías, no signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Análisis: Hb 7,9 g/dL; leucocitos 7.500 (87% neutrófilos, 800 linfocitos); plaquetas 210.000; tiempo de protrombina 85%; fibrinógeno 649 mg/dL; urea 197 mg/dL; creatinina 9,3 mg/dL; glucosa 110 mg/dL; calcio 6,3 mg/dL; proteínas totales 7,8 g/dL; GOT 32 UI/L; GPT 34 UI/L; bilirrubina total 0,4 mg/dL; amilasa 127 UI/L; PCR 16,5 mg/dL; sodio 124 mEq/L; potasio 4,5 mEq/L; cloro 87 mEq/L. Gasometría venosa: pH 7,33; HCO₃ 15,1; Lactato 0,7. Sedimento de orina: bacteriuria; leucocitos 26-50 por campo; 6-15 hematíes por campo. Cociente proteínas/creatinina 0,6 g. Tras dichos resultados se revisan análisis previos, puesto que no tenemos constancia de que padezca enfermedad renal. Objetivamos en último análisis hace 3 meses creatinina 6 mg/dL, con previa un año antes normal. Ecografía abdominal: sin hallazgos reseñables. Biopsia renal: Nefritis tubulointersticial aguda.

Orientación diagnóstica: Nefritis tubulointersticial aguda (FRA parenquimatoso).

Diagnóstico diferencial: FRA de causa obstructiva. FRA prerrenal. FRA parenquimatoso.

Comentario final: Las nefritis intersticiales agudas son patologías frecuentes que pueden originar FRA, pero siempre hay que descartar otras causas del mismo. Puede ser secundaria a fármacos como el adalimumab, por lo que es importante un seguimiento estricto de la función renal en estos pacientes.

Bibliografía

1. Suárez Pita D, et al. Hospital Universitario 12 de octubre: Manual de diagnóstico y terapéutica médica, 8^a ed. Madrid: MSD; 2016.

Palabras clave: Fiebre. Fallo renal agudo. Nefritis intersticial.