



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/384 - NECROSIS TUBULAR AGUDA Y SINTROM

C. González Beiras¹, C. Alonso Benito², S. Molano Ruiz³ y T. Mondéjar Solís⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ignacio López Sáiz. Burgos. ²Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ignacio López Sáiz. Burgos. ³Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ignacio López Sáiz. Burgos. ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ignacio López Sáiz. Burgos.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 81 años que acude a la consulta de Atención Primaria por astenia y somnolencia de más de un mes de evolución, acompañada de sensación de inestabilidad, náuseas y oliguria, sin desencadenante aparente. La inestabilidad no empeora con movimientos posturales/cefálicos. Niega sensación de giro de objetos, sensación de taponamiento o acúfenos asociados. Antecedentes personales: HTA (hipertensión arterial), ictus isquémico con recuperación parcial (secuela hemiplejía izquierda). Tratamiento habitual: enalapril, dabigatrán.

Exploración y pruebas complementarias: Presión arterial 170/70 mmHg, frecuencia cardiaca 60 lpm, temperatura 36 °C. Auscultación cardiopulmonar: normal. Examen neurológico sin alteraciones. Área otorrinolaringológica: otoscopia normal. Cover-test normal. Maniobra de Dix Hall Pike negativa. Analítica: Hb 7 g/dl, TTPA 70,3 segundos, Creatinina 8,3 mg/dL (previa 1,1 mg/dL), PCR 10. Resto normal. Sistemático orina: pH 8, nitritos negativos, hematíes/campo 270, proteínas 45.

Orientación diagnóstica: Anemia. Fracaso renal agudo.

Diagnóstico diferencial: Vértigo central y periférico, infección del tracto urinario.

Comentario final: La hematuria se define como la presencia de más de 2-3 hematíes/campo, objetivada mediante un examen de sedimento urinario; es una prueba de bajo coste muy rentable a la hora de evaluar posible patología renal. Su detección nos obliga a descartar la existencia de un proceso patológico renal o de las vías urinarias. La anamnesis y exploración física son clave a la hora de sospechar esta patología, precisándose en ocasiones pruebas complementarias para su diagnóstico. En este caso precisó la transfusión de 4 concentrados de hematíes para corregir de forma aguda el proceso de anemia secundaria a la hematuria, tras la cual se ingresó para estudio etiológico. Ampliación analítica con marcadores de autoinmunidad, pruebas de imagen y biopsia renal para la filiación del fallo renal agudo. Finalmente se concluyó proceso Insuficiencia renal aguda secundaria a macrohematuria debida a tratamiento anticoagulante con dabigatrán, motivo por el que suspendió temporalmente hasta estabilización hemodinámica y normalización de los valores de función renal de la paciente.

Bibliografía

1. García Mendez L, et al. Hematuria. AMF. 2011;7(1):39-43.

2. Valenzuela Cortés M, Alcaide Zafra MA, Calderón Rodríguez A, Jiménez del Marco N, Márquez Martínez A, Matamoros Contreras N. El tabaco y la hematuria malos compañeros. Elsevier. 2015;41:1130-3.
3. Martín Peña N. Hematuria y enfermedad glomerular. A propósito de un caso. Semergen. 2016;42(1):65-7.

Palabras clave: Insuficiencia renal aguda. Necrosis tubular aguda. Hematuria.