



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

409/20 - CUANDO UN ANÁLISIS NO ES NORMAL...

A. Roldán Fernández¹, A. Martínez Molina²

¹Centro de Salud Prosperidad. Hospital Universitario La Princesa. Madrid, ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Prosperidad. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 28 años sin antecedente de interés, destacando únicamente episodio reciente de ingreso hospitalario en Lima por deshidratación en el contexto gastroenteritis aguda que originó insuficiencia renal aguda de la que se recuperó, antecedentes familiares de litiasis renal. Acude a la consulta completamente asintomática.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física completa normal, TA 110/80 mmHg. Pruebas complementarias: analítica de sangre y orina con deterioro de función renal (Cr 1,29 mg/dL), proteinuria de 100 mg/dl y hematuria 1-5 hematíes por campo, que se confirma en un segundo análisis, ecografía aparato urinario: sin alteraciones significativas.

Juicio clínico: Proteinuria y hematuria persistente con deterioro de la función renal, a estudio.

Diagnóstico diferencial: Inicialmente se establece entre las patologías que ocasionan síndrome nefrítico, lesión mesangial y lesión en la barrera de permeabilidad glomerular, como determinadas glomerulonefritis, fundamentalmente mesangial IgA, endocapilar y extracapilar o rápidamente progresiva. Evolución: el paciente es derivado a Nefrología, donde se realiza analítica de sangre y orina: deterioro progresivo de la función renal (Cr 1,48 mg/dL, FG 60 ml/min), IgA 443 mg/dL, complemento normal, proteinuria en orina de hasta 1.334 mg en 24h y hematuria microscópica. Dado el deterioro de la función renal sin acompañarse de signos de deplección de volumen y el empeoramiento de la función renal se realiza biopsia renal en la que se visualizan cambios histológicos compatibles con nefropatía IgA. Se inicia tratamiento con antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II) y tratamiento corticoideo en pauta descendente durante 6 meses. En el momento actual solo mantiene tratamiento con ARA II manteniendo cifras de TA por debajo de 120/80 mmHg y función renal estable (FG 80 ml/min), persistiendo microhematuria y leve proteinuria.

Comentario final: La nefropatía mesangial es la glomerulonefritis primaria más frecuente en España, y casi todo el mundo y se caracteriza por los depósitos de IgA mesangial, como inmunoglobulina predominante. La macrohematuria recidivante es la presentación clínica más conocida, sobre todo en varones en 2^a-3^a década de la vida, y aparece a las 24-48 horas de un episodio infeccioso. En adultos la presentación más frecuente son alteraciones urinarias asintomáticas (proteinuria y hematuria). En ocasiones puede aparecer como insuficiencia renal crónica, insuficiencia renal aguda, síndrome nefrótico o nefrítico o HTA. Solo el 50% presentan aumento de IgA en plasma. Generalmente su manejo es conservador si se preserva la función renal y las cifras de TA. El bloqueo del sistema renina angiotensina se utiliza cuando aparece HTA o cuando la proteinuria supera los 0,5-1g/dia como medida de nefroprotección. Corticoides se reservan para formas

agresivas, que comprometen la función renal.

Bibliografía

González Álvarez MT, Mallafré i Anduig JM. Nefrologia. Conceptos básicos en atención primaria. Barcelona: ICG Marge, SL, 2009.

Dussol B. Nefropatías glomerulares: orientación diagnóstica y evolución. EMC Tratado de medicina. 2015;19(4):1-11.