



262/119 - JOVEN DE 22 AÑOS CON FIEBRE Y COLURIA

A. Aladel Ponce^a y A. Espina Castillo^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antón Borja. Barcelona.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Antón Borja. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 22 años, sin antecedentes patológicos de interés excepto mononucleosis infecciosa confirmada en 2014. Acude a su centro de atención primaria por malestar general, odinofagia y fiebre. A la exploración física destacan amígdalas hipertróficas con exudado purulento y adenopatías laterocervicales: orientándose como amigdalitis bacteriana se administra tratamiento con amoxicilina-clavulánico 500/125 mg. Dos días después, reconsulta por orina oscura y persistencia de fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normotenso (123/81), afebril (35,1 °C) sin edemas. Se realiza tira reactiva de orina: proteinuria ++++, leucocituria +++ y bilirrubina +. Es remitido a urgencias con diagnóstico de presunción de glomerulonefritis postestreptocócica. Urgencias hospital: analítica: PCR: 96,3 mg/l, FG: > 90 mg/l/min/1,7 creatinina: 79,2 μmol/l. Leucocitos: 10,63 × 10⁹/l, neutrófilos: 68,8%, linfocitos: 18%, monocitos: 11,9%, eosinófilos: 1%, Hb: 14,4 g/dl. Sedimento: leucocitos > 100/campo hemoglobina ++++ proteinuria ++++. Test detección rápida de estreptococo faríngeo: positivo. Dado el buen estado general del paciente es dado de alta para seguir estudio y controles ambulatorios.

Juicio clínico: Glomerulonefritis postestreptocócica: es la inflamación aguda del glomérulo renal posterior a la infección por estreptococos grupo a y la causa más frecuente de síndrome nefrítico en niños y adultos jóvenes. Los signos y síntomas van desde una hematuria asintomática (50%) y proteinuria leve a una nefritis florida con hematuria micro o macroscópica, proteinuria, oliguria, edema, hipertensión e insuficiencia renal. El diagnóstico se realizará mediante anamnesis, analítica con hemograma, función renal e ionograma, tira reactiva de orina y sedimento urinario. Es fundamental el diagnóstico diferencial con otras entidades por lo que según evolución es útil solicitar estudio de autoinmunidad, proteinograma y proteinuria 24h.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de hematuria recidivante. Glomerulonefritis crónica. Glomerulonefritis membranoproliferativa. Lupus eritematoso.

Comentario final: Buen pronóstico aunque un pequeño porcentaje desarrolla Hta, proteinuria e insuficiencia renal terminal. Nuestro paciente presentó un curso benigno con normalización de la función renal (ausencia de proteinuria en orina de 24 horas) a los dos meses. Es fundamental el papel de atención primaria tanto en el diagnóstico de sospecha como en el seguimiento de estos pacientes.

Bibliografía

1. Fernández Fresnedo G. Glomerulonefritis primarias. En: Lorenzo V, López Gómez JM, eds. Nefrología al día. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-glomerulonefritis-primarias-10>
2. Porter R, Kaplan J. Manual Merck, 19^a ed. p. 2208-9.