



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1198 - La importancia del seguimiento en la atención clínica

J. Callejo Calvo<sup>a</sup>, G. Alcántara López-Sela<sup>a</sup>, E. Barrios Campal<sup>a</sup>, M. Apolo González<sup>a</sup>, F. Caminero Ovejero<sup>b</sup>, D. Gibellino Coelho Achega<sup>c</sup>, A.R. Reyes Oroscó<sup>d</sup> y C.M. Sánchez Pérez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.

<sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. <sup>d</sup>Médico Residente de 4 año de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 46 años con antecedentes personales de condromalacia rotuliana y apendicectomía que acude a un servicio de urgencias hospitalario por dolor en fosa renal izquierda, de 24 horas de evolución no acompañado de síndrome miccional ni disminución de la diuresis, no náuseas, no vómito, afebril, presenta una TA de 134/98 mmHg en brazo derecho y 139/99 mmHg en izquierdo. Diagnosticado al alta de dolor lumbar de características mecánicas. El paciente acude a consulta de atención primaria, se solicita AMPA y ECO abdominal derivándose posteriormente al servicio de Nefrología tras el hallazgo de múltiples quistes anecoicos.

**Exploración y pruebas complementarias:** VOC, BEG, buena coloración de piel y mucosas. Eupneico en reposo. Tolera decúbito. FC 80 lat/min, TAS 157, TAD 101, T<sup>a</sup> 36,2 °C. Tonos rítmicos a FC controlada, no soplos. MVC sin ruidos patológicos sobre añadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no visceromegalias, PPR bilateral negativa, no signos de irritación peritoneal. Dolor a la palpación de musculatura paravertebral y a la compresión sacroilíaca izquierdas. Lassegue + izquierdo a 30°. Bragard bilateral negativo. Hemograma Hb 17,2 Hto 52% VCM 85,2 plaquetas 270.000, leucocitos 6.800 con 56%N, 28%L, Bioquímica glucosa 94, urea 46, creatinina 0,86, FG 60, sodio 141, potasio 4, LDH 294, orina hematías 50, resto normal, Rx abdomen: líneas reno psoas conservadas, heces y gas en marco cólico derecho. Eco abdominal con ambos riñones de tamaño morfología y paréquima conservado, múltiples imágenes anecoicas sinusales, no comunicantes, compatible con poliquistosis sinusal, resto normal.

**Juicio clínico:** Hipertensión arterial esencial. Quistes simples.

**Diagnóstico diferencial:** Quistes simples, enfermedad quística adquirida, esclerosis tuberosa, VHL, nefropatía hiperuricémica familiar, espongirosis renal, poliquistosis renal autosómica recesiva...

**Comentario final:** Ante un paciente hipertenso y con múltiples quistes renales se debe de realizar estudio ecográfico en los familiares de primer grado, si dicho estudio cumple los criterios de Ranvine (quistes renales en número y localización según edad) y Se plantearía el diagnóstico de poliquistosis renal y/o seguimiento ecográfico periódico a largo plazo. No existe en este caso indicación de estudio genético.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bell PE, Hossack KF, Gabow PA, et al. Hypertension in autosomal dominant polycystic kidney disease. *Kidney Int.* 1988;34:683.