Semergen. 2015;41 (Espec Congr):915

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2651 - MÁS ALLÁ DEL MOTIVO DE CONSULTA

C. Pérez Fonseca[a], N. García Regalado[b], L. Íñigo Sánchez[c], P. Tamargo García[d], J. Mudrychová[e] y M. Santana Oteiza[a]

[a]Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca. [c]Médico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca. [d]Médico Residente 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca. [e]Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 46 años natural de Inglaterra, residente en Mallorca desde hace 12 años. Sin hábitos tóxicos ni otros antecedentes de interés. No toma ningún tratamiento de forma habitual. Antecedentes familiares: ambos padres hipertensión arterial (HTA). Acude por primera vez a su médico de Atención Primaria por sensación de taponamiento en oído derecho. No existen registros previos de tensión arterial (TA). Realizamos una determinación en ambos brazos, presentando en brazo izquierdo TA 150/105 mmHg y derecho 163/108 mmHg. Ante estos hallazgos solicitamos de forma ambulatoria: ECG, analítica sanguínea, urinaria y controles de TA con enfermería. En controles de TA se objetivan cifras > 140/100 mmHg, se inicia tratamiento con lisinopril 20 mg/24h y recomendamos dieta para HTA y ejercicio físico.

Exploración y pruebas complementarias: No alteraciones en la exploración cardiopulmonar, mínimos edemas en extremidades inferiores. No otras alteraciones significativas salvo tímpano deslustrado con moco en oído derecho. ECG: sin alteraciones. Analítica sanguínea: hemograma normal. urato: 8,6 mg/dl, triglicéridos (TG): 1.491 mg/dL, colesterol total: 425 mg/dL, HDL: 39 mg/dL, LDL: no cuantificable por TG > 400 mg/dL. Analítica urinaria: creatinina: 143,3 mg/dL, microalbúminuria > 3.944 mg/L, cociente microalbúmina/creatinina: no calculable por proteinuria rango nefrótico, 50-100 hematíes/campo, proteínas ≥ 400 g/L. Orina de 24 horas: diuresis: 2.850 mL, aclaramiento creatinina: 141 ml/min, proteínas totales: 8,49 g/24h, microalbumina: 6.606,3 mg/24h. Con estos hallazgos se decide repetir y ampliar analítica confirmándose los resultados. Además: HbA1c: 5,5%, creatinina: 0,85 mg/dL, proteínas totales: 61,9 g/L, albúmina: 29 g/L, IgG, IgA y IgM: normales, ANA, ANCA, Complemento y factor reumatoide: negativo. Serología VIH, VHC, VHB y lúes: negativo. Ecografía renal: sin alteraciones significativas. Biopsia renal: glomerulonefritis focal y segmentaria.

Juicio clínico: Glomerulonefritis focal y segmentaria. HTA probablemente secundaria a glomerulonefritis. Dislipemia mixta.

Diagnóstico diferencial: Ante cifras de TA elevadas, realizamos el diagnóstico diferencial entre una HTA primaria o secundaria. En nuestro caso, se observó proteinuria en rango nefrótico de

probable origen glomerular con hipoalbuminemia. Para descartar que estas alteraciones sean falsos positivos o transitorias, como una proteinuria ortostática (en jóvenes que normaliza con el decúbito) o transitoria (fiebre o ejercicio físico intenso), realizamos una segunda analítica para confirmar resultados. Ante la sospecha de glomerulonefritis, realizamos el diagnóstico diferencial entre causas primarias y secundarias. Dentro de las secundarias: diabetes mellitus (glucemias normales, HbA1c normal), Lupus (estudio de autoinmunidad negativo), infecciones (no leucocitosis, lúes, VIH, VHC, VHB: negativos), fármacos y tóxicos (sin hábitos tóxicos ni toma reciente de fármacos), neoplasias (no clínica compatible ni pruebas complementarias). Tras descartar estas etiologías, sospechamos una glomerulonefritis primaria. Ante la sospecha clínica se derivó a Nefrología, confirmándose el diagnóstico de glomerulonefritis focal y segmentaria con la biopsia renal. Actualmente buen control TA y dislipemia, en tratamiento con atorvastatina y lisinopril iniciado desde consulta de Atención Primaria.

Comentario final: Realizando prevención primaria, la toma aislada de TA puede ser signo de alarma para llegar al diagnóstico de glomerulonefritis. La determinación de la TA se debe realizar a todo paciente mayor de 40 años y registrarla en su historia clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Auñón P, Hernández E. Protocolo diagnóstico de la proteinuria. Medicine 2015;11:4927-30.

2. Praga M, et al. Glomerulonefritis primarias. Medicine. 2015;11(82):4893-901.

3. Giuseppe Mancia RF, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2013;66:880.e1-e64.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.