



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2063 - DOCTORA, MI HIJO ESTÁ ORINANDO COCACOLA

A.M. Ballesteros Pérez^a, C. Celada Roldán^b, M.I. Gómez López^c, E. Sánchez Pablo^c, J. López González^d, A. Martínez Más^e, M. Pons Claramont^f, I.M. Martínez Ardil^g, M.R. García Moya^h y R. García Gómezⁱ

^aMédico de Familia. Centro de Salud Los Dolores-Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Área de Salud II. Cartagena. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. Murcia. ^eMédico de Familia y Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^fMédico de Familia y Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^gMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Barrio de Peral. Cartagena. Murcia. ^hMédico de Familia y Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Grao. Gandía. Valencia. ⁱMédico de Familia y Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 15 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por presentar coluria en las últimas 12 horas. Asimismo refiere odinofagia y febrícula de tres días de evolución. Niega procesos infecciosos anteriores, estando actualmente en tratamiento con antitérmicos. Como antecedentes de interés CIR Tipo I con desarrollo psicomotor normal.

Exploración y pruebas complementarias: Peso y talla en percentil adecuado y constantes vitales anodinas, ausencia de edemas, exantemas ni petequias. Genitales normoconformados, sin signos inflamatorios. Orofaringe muy hiperémica, sin exudados. Resto sin alteraciones. Bioquímica y hemograma: PCR: 7,2 mg/dl. Leucos: 16.000 (85%N). Inmunología con valores normales (C3 136 mg/dL, C4 24 mg/dL ANA negativo. IFI negativo.) ASLO: 318 UI/ml. Inmunograma dentro de la normalidad. Proteinograma en suero anodino sin pico monoclonal. Serología infecciosa negativo. Sedimento de orina: Proteínas y hemoglobina positivas (más de 100 hematíes/campo, hematíes dismórficos > 80%, 8-15 leucocitos/campo). Orina de 24h: Creatinuria 9 mg/24h, proteinuria 7,1 g/24h. Exudado faríngeo: Ag estreptococo grupo A positivo. Ecografía renal: Sin alteraciones.

Juicio clínico: Glomerulonefritis post-estreptocócica (GNAPE).

Diagnóstico diferencial: Hematuria no glomerular. Hematuria origen glomerular: origen infeccioso (endocarditis bacteriana, hepatitis, VIH, nefritis de shunt). Primarias (nefropatía IgA. G. focal y segmentaria, G. membranoproliferativa, G. extracapilar). Enfermedades sistémicas (nefropatía diabética, lupus, amiloidosis, S. de Goodpasture), hereditarias (síndrome de Alport).

Comentario final: La importancia del estudio etiológico de la hematuria (micro/macros cópica) desde Atención Primaria reside en ser un motivo de consulta frecuente (1-15%), pudiéndose asociar con patologías graves en un 35% (cáncer de vejiga, riñón o próstata). Pueden estar relacionadas con

una amplia variedad de trastornos, en función de la edad del paciente y sus antecedentes por lo que se deberá realizar desde un primer momento un correcto enfoque por medio de una anamnesis orientativa, exploración física encaminada y pruebas complementarias ya que modificará su implicación terapéutica y pronóstico. La GNAPE tiene buen pronóstico (restitución ad integrum el 95% de los casos) a diferencia del síndrome nefrítico que puede llegar a insuficiencia renal. Por último, no olvidar el seguimiento continuado posterior ya que se podrá evaluar la eficiencia de la terapéutica empleada y las posibles lesiones residuales que pudieran haber quedado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Appel GB. Glomerular disorders y nephrotic syndromes. En: Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Medicina. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007: cap 122.
2. Rodríguez-Iturbe B, Gordillo Paniagua G. Glomerulonefritis aguda. En: García Nieto V, Rodríguez-Iturbe B (eds). Nefrología pediátrica. 2^a edición. Madrid: Grupo Aula Médica; 2006. p. 287-94.
3. Phillips J, Palmer A, Baliga R. Glomerulonephritis associated with acute pneumococcal pneumonia: a case report. *Pediatr Nephrol.* 2005;20:1494-95.
4. Usmani SZ, Shahid Z, Wheeler D, Nasser K. A rare case of postinfectious glomerulonephritis caused by pneumococcus in adult patient. *Nephrol.* 2007;20:99-102.