



242/2666 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Holgado Fernández^a, M. Benjumea Acosta^b, J. González Cayón^a, E. Sánchez Cañete^c y J. Almazán Rubio^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Pozoblanco. Córdoba. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón 28 años, yesero, culturista, fumador IPA: 16; consumidor hachís. Octubre 2013: acude a Primaria por dolor en hemiabdomen derecho, evolución subaguda, sin ceder a analgésicos, exploraciones normales sospechamos proceso mecánico-funcional. Octubre 2015: cuadro compatible con cólico renal, derivado a urología para completar estudio. Mayo 2016: hematuria asintomática, de nuevo estudio urológico sin filiar causa. Noviembre 2016: interconsulta a nefrología por nuevos episodios de hematuria relacionados con esfuerzos. Sospechan nefropatía IgA versus Sd. Alport. Ingreso por hemoptisis sin filiar al alta, probable etiología ocupacional. Posteriormente: sucesivas consultas a Primaria por hematuria con esfuerzos y dolor en flanco derecho. Inspección: cambios llamativos en rasgos faciales, tamaño manos y crecimiento pies. Consulta con MI por sospecha de acromegalia. Sugieren origen radiculopático del dolor y sospechan sd. pulmón-riñón. Inician junto con endocrinología despistaje de acromegalia.

Exploración y pruebas complementarias: AP: analítica general con sedimento, TSH y urocultivo, Rx Simple y ecografía abdomen, ecografía riñón y vías urinarias con resultado normal. Urología: analítica, citología, Uro-TAC y cistoscopia normales. Neumología: TAC torácico, hallan pequeñas zonas en vidrio deslustrado LSI. Nefrología: analítica con autoanticuerpos y complemento, proteinuria negativas. MI: RM dorsal normal. Endocrinología: confirmación analítica de acromegalia. Rm hipofisaria: macroadenoma hipofisario de 12 mm productor de GH.

Juicio clínico: Macroadenoma hipofisario productor GH.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia, infecciones, cólico renal, cáncer urotelial, glomerulonefritis IGA, vasculitis, S. Alport, intersticiales pulmonares, paquidermoperiostosis primaria, acromegalia.

Comentario final: Existen evidencias científica suficientes para establecer correlación entre los síntomas presentados por el paciente y el diagnóstico final. La GH justifica radiculopatías por aumento de partes blandas, hemoptisis y hematuria por favorecer angiogénesis. A.P. pilar básico en sospechas clínicas complejas mediante anamnesis, exploración física y seguimiento longitudinal.

Bibliografía

1. Auriemma RS, Galdiero M, De Martino MC, De Leo M, Grasso LF, Vitale P, et al. The kidney in acromegaly: renal structure and function in patients with acromegaly during active disease

and 1 year after disease remission. Eur J Endocrinol. 2010;162:1035-42.

2. Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison's principles of internal medicine, 17th ed. New York: McGraw Hill; 2008.

Palabras clave: Hematuria. Hipófisis. Entrevista clínica.