



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1989 - PROTEINURIA E HTA

I. Hernández Viña^a, J. Sananton^b, M. García Galán^c y P. Muñoz Padilla^d

^aMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Jávea. Hospital de Denia. Alicante.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Denia. Alicante. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Moraira. Alicante. ^dMédico de Familia. Hospital de Denia. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 70 años hipertenso de 15 años de evolución, que refiere mal control de las cifras tensionales con edemas en miembros inferiores y nicturia desde hace aproximadamente 4 meses, y que no mejora tras varios ajustes en la medicación. Además refiere pérdida de peso que relaciona con cambios en la dieta. No otra clínica acompañante. No otros antecedentes personales de interés.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física las cifras de tensión arterial en torno a 150/90 mmHg. Pérdida de 5 kg (75,4 kg). Edemas bimaleolares. Resto de exploración anodina. En analítica sanguínea no encontramos hallazgos patológicos, destacamos la función renal que es normal. Se realiza orina 24h y detectamos proteinuria (cociente albúmina/creatinina elevado, 383), hemoglobina positivo y en el sedimento escasas células de epitelio plano. Ante los hallazgos se deriva a Nefrología, se solicita ecografía en la que se detecta un tumor sólido de 31 mm en riñón izquierdo, homogéneo y bien definido, sin otros hallazgos. Motivo por el que posteriormente se le realiza RM y se deriva a Urología para tratamiento.

Juicio clínico: Mal control de cifras de tensión arterial y proteinuria en contexto de tumor renal de estirpe no filiable, carcinoma renal vs oncocitoma.

Diagnóstico diferencial: Realizaremos el diagnóstico diferencial con otras enfermedades que causen proteinuria superior a 3 g en orina 24h, como son las glomerulonefritis, más concretamente las secundarias a tóxicos, infecciones, neoplasias, enfermedades sistémicas (lupus, púrpura de Schönlein-Henoch, amiloidosis), familiar (Fabry, Alport), otras (rechazo, nefropatía por reflujo).

Comentario final: Existe una alta prevalencia de pacientes con hipertensión arterial (HTA) en consultas de Primaria, y son muchas las causas por las que éstos se pueden necesitar ajustes en su medicación. También son muchas las causas de proteinuria, y no debe implicar necesariamente patología maligna. No obstante, con este caso hemos querido recordar la importante asociación entre el mal control o debut de HTA y la proteinuria, con las neoplasias renales y su importancia en el diagnóstico precoz y tratamiento.

Bibliografía

1. Varese D, Frairia R. Clinical and pathogenetic aspects of arterial hypertension in patients with kidney neoplasms.
2. Rivera Hernández F. Algoritmos en Nefrología.

Palabras clave: Proteinuria. Neoplasia renal. Hipertensión. Glomerulonefritis.