



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4157 - UN DOLOR TORÁCICO CON UN FINAL INESPERADO

P. Runza Buznego<sup>a</sup>, S. Álvarez Colinas<sup>b</sup>, A. Tierra Rodríguez<sup>c</sup>, E. Hernández Martín<sup>c</sup>, M. Núñez Reynoso<sup>b</sup> y N. Domínguez Hernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. <sup>c</sup>Medicina Interna. Hospital del Bierzo. Ponferrada. León.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 49 años, sin antecedentes. Fumador activo. Accidente de tráfico en 1999 por el que tomó AINEs hasta marzo. Acude a Urgencias enviado por MAP por dolor precordial tipo opresión irradiado a zona interescapular desde hace 2 días. Hace 2 meses acudió a su Centro de Salud por abdominalgia inespecífica, donde se objetivó únicamente microhematuria (200 eritrocitos).

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 133/82, T<sup>a</sup> 37,3 °C, FC 85. Consciente y orientado. CyC: no adenopatías. AC: ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. No roce pericárdico. AP: MVC. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias. PPR-. MMII: no edemas. Pulsos pedios presentes. Hemograma: Hb 10,2 Htco: 30,4, leucocitos: 7, neutrófilos: 73,5, plaquetas: 233. Bioquímica: glucosa 96, urea 103, creatinina 3,72, Na 137, K 4,7, PCR: 9,6. EyS: proteínas 100, eritrocitos 200. 80% hematíes dismórficos. 1,28 g/L proteínas en orina. Coagulación y gasometría normal. Autoinmunidad: AntiDNA negativa. ANCA: > 1/320 Anti MPO 29,3. Eco abdominal: sin hallazgos. Se observa una progresión de la insuficiencia renal, 5 días después presenta Cr 4,91 con un aclaramiento de 13,5. Biopsia renal: presencia de necrosis fibrinoide y semilunas.

**Juicio clínico:** Glomerulonefritis rápidamente progresiva tipo III (pauciinmune) con probable pericarditis asociada.

**Diagnóstico diferencial:** Glomerulonefritis primarias causantes de síndrome nefrótico, glomerulonefritis por IgA, LES, AR, tubulopatía secundaria a AINEs, pericarditis urémica.

**Comentario final:** Las glomerulonefritis rápidamente progresivas son una patología rara en Atención Primaria, con una incidencia del 7% de todas las biopsias renales. Es más frecuente en varones y predomina entre la quinta y séptima de la vida, y se caracteriza por un daño progresivo entre días y semanas que comienza con un cuadro pseudogripal con artralgias y mialgias aunque puede afectar a cualquier órgano. Debe sospecharse ante cualquier insuficiencia renal en un paciente joven, sobre todo si existe microhematuria debido a su alta morbimortalidad y su rápida progresión a diálisis.

### Bibliografía

1. Egido J, Rojas-Rivera J, Barat A, Rivera Hernández F. Glomerulonefritis agudas y rápidamente progresivas. *Medicine*. 2011;10(82):5532-41.
2. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.

**Palabras clave:** Glomerulonefritis. Hematuria. Autoinmunidad.