



242/4200 - UNA ORINA SOSPECHOSA

R. Martín Jiménez^a, M. Calderón Gil^a, M. Fandiño Márquez^a, R. Montero Bardaji^b y E. Margallo Fernández^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manuel Encinas. Cáceres. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Manuel Encinas. Cáceres. ^cEnfermero. Centro de Salud Manuel Encinas. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 51 años que acude a consulta por cefalea y cifras elevadas de tensión arterial (TA). Se realiza exploración física, se confirman cifras TA y se solicita analítica de sangre y orina, objetivando proteinuria no nefrótica, microhematuria y leucocituria, con filtrado glomerular conservado. Se pauta antibioterapia empírica y completamos el estudio con cultivo y ecografía abdominal, sin hallazgos orgánicos. Iniciamos tratamiento con lisinopril 20 mg y repetimos analítica. Las cifras tensionales se normalizan, pero persisten las alteraciones en el sedimento. Derivamos a Nefrología, donde confirman los resultados y realizan biopsia renal diagnosticando glomerulonefritis mesangial IgA. Tras pauta de tratamiento, se obtuvo la remisión de la sintomatología de la paciente.

Exploración y pruebas complementarias: Sin hallazgos patológicos, salvo hipertensión arterial. Analítica: normal. Orina: proteinuria, hematuria, albuminuria. Cultivo: negativo. Eco abdominal: sin hallazgos de interés. Biopsia renal: glomerulonefritis mesangial IgA.

Juicio clínico: Glomerulonefritis mesangial IgA.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Alport. Nefritis lúpica. Nefropatía membrana basal. Púrpura de Henoch-Schölein. Glomerulonefritis postestreptocócica.

Comentario final: La causa más frecuente de HTA en las consultas de AP es la hipertensión esencial, pero debemos de estar alerta a formas más infrecuentes al realizar el diagnóstico de la misma. La nefropatía IgA es la causa más frecuente de enfermedad glomerular a nivel mundial. En primaria, la sospecha diagnóstica debe basarse en el sedimento urinario. Destacar la importancia del estudio inmunohistológico mediante genética y biopsia renal, que nos permite un correcto seguimiento y ayuda a evitar la pérdida progresiva de la función renal en aquellos pacientes no tratados.

Bibliografía

1. Cheung CK, Barratt J. Clinical presentation and diagnosis of IgA nephropathy. UpToDate, 2017.
2. Hebert LA, Parikh SV. Differential diagnosis and evaluation of glomerular disease. UpToDate, 2014.

3. Gillespie A, Silva P, Sisson SD, Goldberg M, Gulati A. IgA nephropathy. Clinical Key. 2011.
4. Patel P. Nephritic syndrome. Clinical Key. 2013.

Palabras clave: Hipertensión arterial. Nefropatía IgA. Biopsia renal.