



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1652 - SÍNDROME CONSTITUCIONAL: ¡OJO CON LAS CONSTANTES!

D. Martín Enguix<sup>a</sup>, A. Hidalgo Rodríguez<sup>b</sup>, J. Aguirre Rodríguez<sup>c</sup> y M. de Cruz Benayas<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Fortuny-Velutti. Granada. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 37 años original de Marruecos, acude a consulta de atención primaria por pérdida subjetiva de peso, astenia y sensación febril nocturna no termometrada. Este síndrome constitucional se acompaña de disnea de predominio nocturno asociado a tos con expectoración ocasionalmente hemoptoica. Además, refiere trazas hemorrágicas en últimas poluciones seminales y orina oscura. Un mes y medio previo el paciente había viajado a su país natal. Como antecedente personal destaca urolitiasis. Sin medicación habitual ni alergias conocidas. No hábitos tóxicos.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración se aprecia discreta palidez cutánea. Auscultación cardiopulmonar y abdominal sin alteraciones. PPRB negativa. MMII sin edemas. Constantes: TA 225/130; SatO<sub>2</sub>: 95%; FC: 80 lpm. En la analítica destaca: Hb: 8,7; plaquetas: 82. Crea: 10,15; Urea: 213. Bilirrubina total: 2,3. Na: 128; K: 2,6; Cl: 90. PCR: 18. CK: 756; LDH: 1.056. Sistemático de orina con abundantes hematíes y proteínas. Excreción fraccional de sodio (EFNa): 3,33%. Resto sin alteraciones significativas. La ecografía renal evidencia ambos riñones con pérdida de diferenciación cortico-medular sin presencia de litiasis ni uropatía dilatada. Radiografía de tórax normal. El paciente se ingresó en nefrología que tras estudio se diagnostica de nefropatía hipertensiva terminal secundaria a hipertensión maligna no conocida. El paciente se inició en programa de hemodiálisis y se incluyó en lista de espera de trasplante renal.

**Orientación diagnóstica:** Hipertensión maligna. Nefropatía hipertensiva. Anemia renal.

**Diagnóstico diferencial:** Dado el síndrome constitucional y el resto de la clínica, la primera sospecha diagnóstica fue tuberculosis miliar. Pero con los datos analíticos y las medidas de TA se plantea nefropatía crónica pre-renal (uropatía dilatada secundaria a urolitiasis) o parenquimatosa (síndrome de Goodpasture, hipertensión maligna, nefropatía IgA o VASCULITIS). El resultado de la ecografía y el valor de EFNa nos decantaron por origen parenquimatoso.

**Comentario final:** Es importante el cribado de HTA en población sana (evidencia alta y grado de recomendación fuerte), ya que más de un 40% de los hipertensos desconocen que lo son y esta subpoblación frecuentemente se diagnostica por las complicaciones.

### Bibliografía

1. Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Villar Álvarez F, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. 2014;46:3-15.

**Palabras clave:** Hipertensión arterial. Nefropatía.