



P-312 - NEFROLITIASIS DE REPETICIÓN: LAS APARIENCIAS ENGAÑAN, NO TE CONFÍES

B. Saubí Cañete^a, S. Camacho Torregrosa^b, A. Asensio Llobat^a, I. Martí Cervera^c, V. García García^c y J. Sosa Pérez^a

^aCS La Cañada-Paterna. ^bCS Moncada. ^cCS Lliria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 39 años que acude por astenia de varias semanas de evolución e hipersomnía, que en un principio había atribuido a la actividad laboral. Como consecuencia de una hidronefrosis izquierda grado III por obstrucción litiásica, es portador de catéter doble J desde hace tres días. Pendiente de litotricia. En tratamiento con cefuroxima 500 mg cada 12 horas desde hace 72 horas. Actualmente apirético, sin síndrome miccional ni dolor lumbar. Como antecedentes a destacar, el paciente ha sufrido varios de cólicos nefríticos de repetición en los últimos meses.

Exploración y pruebas complementarias: En la consulta TA 116/71 mmHg, FC 76 lpm y temperatura de 36,5 °C. Buen estado general. Auscultación cardiaca y respiratoria sin hallazgos patológicos. El abdomen es blando y depresible sin palpar masas ni megalias. No doloroso a la palpación. Maniobra puño percusión renal negativa. Se revisan las pruebas hospitalarias realizadas previamente. Analítica en urgencias con leucocitosis y desviación izquierda con urea de 46 mg/dl y creatinina de 1,53 mg/dL. Sedimento urinario con 50-100 leucocitos y 6-25 hematíes por campo junto con cristales de fosfato cálcico. Radiografía abdominal con calcificaciones sugestivas de litiasis renales. Ecografía: hidronefrosis izquierda de grado III por litiasis localizada en el uréter proximal de 15 mm. Se observa otra litiasis de 16 mm que no parece condicionar obstrucción. Se decide solicitar analítica ordinaria donde se objetiva hemograma y coagulación normal. Bioquímica con urea de 38 mg/dl y creatinina 1,02, calcio 13,4 mg/dL, proteínas totales 6,3 g/dL, fósforo 2,1 mg/dL, PTH 305, vitamina D 18,4 ng/mL y TSH 1,64. Dados los resultados se realiza un ECG que descarta acortamiento del intervalo QTc. Se solicita ecografía preferente que muestra a nivel de polo inferior y posterior de lóbulo tiroideo derecho una lesión hipoecoica, ovoidea de 20 × 14 × 23 mm, que podría corresponder con adenoma paratiroideo. Se remite a endocrinología para valoración. Gammagrafía de paratiroides compatible con patología paratiroidea hiperfuncionante.

Juicio diagnóstico: Nefrolitiasis de repetición por adenoma paratiroideo.

Diagnóstico diferencial: La formación litiasis de fosfato cálcico está favorecida por orinas persistentemente alcalinas como en la acidosis tubular renal, en la hipercalcemia idiopática o en el hiperparatiroidismo primario. Si nos centramos en la hipercalcemia habría que plantearse si está producida por un adenoma paratiroideo o se trata de una hipercalcemia asociada a un síndrome paraneoplásico o por metástasis osteolíticas.

Comentario final: En este caso, se pone de manifiesto el papel fundamental del médico de familia

tratando al paciente de forma global y no centrándose sólo en la sintomatología del cólico nefrítico. Gracias a él, se investigó el origen de las litiasis renales poniendo sobre la mesa una solución real y no sólo un parche.

BIBLIOGRAFÍA

1. Julián Jiménez A. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias, 4ª ed, 2014.